Rok XLVII. Kraków, dnia 27. czerwca 1908. Nr 26

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej c. k. Uniwersytetu Jag. pod kierunkiem Prof. W. Jaworskiego.

Nauka Aleksandra Poehla i wyniki uzyskane jego przetworami w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1906/7.

Podał
Dr Stanisław Szurek, asystent kliniki.

Z końcem zeszłego stulecia jednem z wielkich zagadnień, które poruszało umysły świata lekarskiego i było przedmiotem ożywionych sporów, roztrząsań i badań, zarówno w pracowniach, jak i klinikach, była sprawa organoterapii. Spodziewano się po niej wiele i rokowano, że otworzy nowe horyzonty. Dziś mówi się o niej mało, pisze jeszcze mniej, a na stosy organoterapeutycznych przetworów patrzy się po największej części z lekceważeniem i powątpiewaniem. Z pola widowni na plan drugorzędny, czy nawet trzeciorzędny, zepchnęła ją seroterapia i z nią związane zagadnienia. A jednak zdaje mi się niesłusznie. Organoterapia racyonalna, nie ta empiryczna, o której wzmianki znajdujemy już u starych pisarzy lub która żyje w medycynie ludowej, jest stosunkowo za świeżą i za młodą nauką, by to, co powiedziała i zrobiła dotychczas, mogło być uważane za ostatnie jej słowo i ostateczny wynik tego, do czego ona jeszcze jest zdolna.

Podwaliny organoterapii, t. j. leczenia sokami narządów, położył pierwszy Brown-Séquard, stwarzając w r. 1869 naukę o t. zw. wydzielaniu wewnętrznem. Wedle tej teoryi gruczoły obok istniejącego w danym razie wydzielania zewnętrznego, mają mieć jeszcze wydzielanie wewnętrzne, które na drodze wessania dostarcza tkankom pewnych niezbędnych dla prawidłowego ich życia i czynności istot. W 20 lat potem, w r. 1889, zastosował on tę swoją teoryę do celów medycyny praktycznej, podając do wiadomości, że gruczoły płciowe, a w szczególności jądra »dostarczają krwi albo przez wessanie pewnych istot, które wydzielają, albo w jakiś inny sposób składników, które układowi nerwowemu, a prawdopodobnie także mięśniom dostarczają energii«. Tę teoryę uogólnił on później, wygłaszając zdanie, że wszystkie tkanki ustroju, rzecz obojętna, czy gruczoły lub nie, dostarczają dla ustroju swoistych ciał lub też zaczynów, które wchodzą w krew i za pośrednictwem niej wpływają na czynności biologiczne reszty komórek, w razie braku wywołując ciężkie zaburzenia całego ustroju. Ta nowa nauka zwróciła odrazu na siebie uwagę wielu badaczy, a jakkolwiek badania późniejsze nie potwierdziły w całej rozciągłości przypuszczeń Brown-Séquarda, to jednakowoż nadały tej nowej nauce o wydzielaniu wewnętrznem naukowe prawo obywatelstwa. Z tej nauki o wydzielaniu wewnętrznem wyłoniła się nowoczesna organoterapia.

Po Brown-Séquardzie podjął dalszą pracę w szerokim zakresie Rosyanin Al. Poehl, a podjął ją z energią i wytrwałością podziwu godną. Wychodząc z zasady, że używane dotychczas do wstrzykiwań podskórnych wyciągi z narządów nie były wolne od niebezpieczeństwa ze względu na obecność toksyn, przystąpił on przedewszystkiem, zgodnie z dążeniami nowoczesnej chemii lekarskiej, do żmudnej pracy wyodrębnienia z wyciągów narządów działających składników i określenia ich jakości fizyczno-chemicznej, zadanie, które niewątpliwie obecnie napotyka na olbrzymie przeszkody, a które przyszłość w całości może dopiero pokona. W ten sposób udało mu się za Schreinerem uzyskać w stanie czystym w większej ilości z wyciągów jąder sperminę, która miała jednoczyć w sobie wszystkie lecznicze skutki zawiesiny jądrowej Brown-Séquarda bez jej ujemnych własności. Do tej samej grupy organoterapeutycznych jednostek zaliczyć należy wyodrębnioną już wcześniej przez Takamine adrenalinę, dalej hemoglobinę, sole choleinowe i znane już dawniej zaczyny, jak pepsynę, trypsynę i t. d. To racyonalne nawskróś dążenie nowoczesnej organoterapii wyodrębnienia w stanie czystym działających istot, nie mogło jednak jak dotychczas pójść dalej, ze względu na ogromne trudności. I ten wzgląd, jak i ta okoliczność, że w pewnych razach pomyślniejsze wyniki dałyby się osiągnąć przez całość w pewnym narządzie zawartych składników, skłoniła Poehla i innych współcześnie na tem polu pracujących do wyrabiania przetworów z narządów, któreby przedstawiały całość zawartych w nich czynnych składników, czyli t. zw. synergetyczną grupę, oczywiście wolną od wszelkich szkodliwych i trujących składników. Tak stoi sprawa ta w teraźniejszości. Z tych grup synergetycznych organoterapia przyszłości wyodrębni poszczególne czynne składniki i zbada ich chemiczno-biologiczne własności. »Po przemianie tych x y i z, jak powiada Poehl, które stanowią składniki rozmaitych organoterapeutycznych przetworów na pewne określone wielkości, zdoła organoterapia przyszłości przez zadziałanie poszczególnych czynnych składników narządów,

albo przez powiązanie ich w 2, w 3 i więcej, przez jakościowe i ilościowe ustopniowania z rozmaitemi chorobami walczyć«. To jest ten ideał, do którego dążyć powinna organoterapia, i który organoterapii przyszłości może otworzyć szerokie horyzonty.

Po wyodrębnieniu spermimy zajął się Poehl zbadaniem jej chemicznych i fizykalnych własności i jej znaczeniem fizyologicznem w ustroju. Stwierdziwszy, że spermina nie jest wyłącznie tylko swoistym składnikiem męskich narządów rozrodczych, ale także prawidłowym składnikiem ustroju kobiecego, znalazłszy ją nietylko w jądrach i gruczole krokowym, ale i w jajnikach, gruczole tarczowym, wątrobie, śledzionie, doszedł Poehl do wniosku, że temu ciału musi oczywiście w gospodarstwie ustroju przypadać jakieś ważne zadanie. Po wyodrębnieniu w stanie czystym tej organicznej zasady w większej ilości, powiodło mu się stwierdzić, że spermina posiada własność utleniania metalicznego magnu, przyczem wywiązuje się znamienna woń nasienia, i że do utlenienia jak największych ilości magnu, wystarczają minimalne ilości sperminy. Ponieważ odczyn ten nie zależy od ilości sperminy, a spermina po odczynie ma pozostawać niezmienioną, przeto Poehl przypisał na tej zasadzie sperminie działanie katalityczne.

W obrębie ustroju naszego, jak i poza nim, znane nam są odczyny chemiczne, w których obecność nieskończenie małej ilości pewnej istoty odczyn przyspiesza, albo odwrotnie odczyn hamuje. Takie związki, należące do grupy zaczynów, które swoją obecnością i w najmniejszych ilościach przyspieszają, albo opóźniają odczyn, same nie doznając na swym ciężarze straty nazwano katalizatorami. Dodatnie katalizatory przyspieszają odczyny wolno przebiegające, ujemne je zwalniają, a w obu razach chodzi tylko o zmianę czasu trwania odczynu, któryby i tak bez tego się odbył. Dodatnie katalizatory można za Ostwaldem przyrównać do oliwy na osiach, która zmniejsza tarcie i ułatwia ruch kół, pomimo, że siła popędowa pozostaje ta sama. Tym katalizatorom przypisuje Ostwald bardzo wielkie znaczenie w naszym ustroju, a bez współudziału katalizatorów byłaby niemożliwą, jak powiada »fundamentalna czynność życia, uzyskanie niezbędnej chemicznej energii przez spalenie na koszt tlenu powietrza przy rozstrzygającym współudziale katalizatorów. Albowiem wolny tlen jest, jak wiadomo, bardzo nieruchawą istotą przy ciepłotach ustrojów i bez przyspieszenia jego szybkości odczynowej byłoby utrzymanie życia niemożliwem.« Wedle Poehla ma być spermina takim dodatnim katalizatorem fizyologicznych spraw utleniania; podobną rolę spełnia również i hemoglobina, jednakowoż sperminie, która ma być prawidłowym wytworem rozpadu leukocytów, przypisuje on bezwarunkowo rolę główną jako utleniającego katalizatora (oksydazy). A ma być ona wedle niego tym zaczynem, lub też enzymem nietylko oddychania śródtkaninowego, ale ma wpływać na wszystkie sprawy utleniania w ustroju, a więc i na utlenianie oddychania zewnętrznego, t. j. płucnego. Odwrotną w swojem katalicznem działaniu ma być wedle Poehla adrenalina, swoisty czynnik wydzieliny nadnercza, który ma działać znów przyspieszająco, a więc katalitycznie na sprawy redukcyjne ustroju.

W przeciwieństwie do tych dwóch rozwijających swoją działalność we wszystkich tkankach i narządach katalizatorów, przyjmuje Poehl jeszcze cały szereg swoistych katalizatorów, wpływających tylko na pewne sprawy w pewnych określonych narządach; do takich katalizatorów zalicza cerebrynę, tyreoidynę, hypofizynę, mamminę, ovarinę i t. d. Tak np. w cerebrynie, która zawiera synergetyczną grupę działających składników istoty nerwowej, widzi on dodatni katalizator, który już w małych ilościach wpływa na wydzielanie wytworów oddychania tkankowego, względnie zapobiega ich nagromadzeniu.

Rozważając to wszystko, choćby nie godząc się w całości na wyż przytoczone poglądy, trudno nie przyznać słuszności myśli, wypowiedzianej przez Poehla jeszcze w r. 1893, że »w rozmaitych gruczołach i narządach ustroju naszego istnieją nasze apteki domowe z obfitym arsenałem środków leczniczych, którymi posługuje się ustrój przy samoleczeniu i w walce z bodźcami chorobowymi«. Studyum fizyologicznych i chemicznych właściwości tych wyodrębnionych środków ochronnych ustroju nietylko wielce jest zajmujące dla biologii, ale posiada ogromną doniosłość praktyczną, ponieważ dostarcza nam szeregu środków skutecznych ku pomocy cierpiącej ludzkości.

Na tem jednak nie kończy się jeszcze teoretyczna strona rozważań Poehla. Od Boucharda przyjmuje on naukę o samozatruciu i nadaje temu pojęciu jak najobszerniejsze granice, rozumiejąc przez nie objawy, występujące nietylko w tych przypadkach, gdzie w ustroju tworzą się i zatrzymują trujące wytwory wymiany materyi, jak newryna, cholina i t. d., lub w tych różnorakich schorzeniach, które polegają na zakłóceniach wymiany materyi lub wtargnięciu do ustroju chorobotwórczych drobnoustrojów, a w których tworzą się trujące wytwory rozpadu białka, ale także i tam, gdzie samozatrucie jest wynikiem nagromadzenia się w ustroju istot obojętnych, jak np. kwasu moczowego. To tak szeroko ujęte samozatrucie widzi Poehl w całym szeregu chorób, a za naturalną ochronę ustroju przed tem nagromadzeniem i zatrzymaniem tych wytworów uważa sprawę utlenienia. Pod wpływem tych spraw azotowe wytwory wymiany materyi ze związków trudno rozpuszczalnych o wielkim ciężarze drobinowym przechodzą w związki o ciężarze małym, o wielkiej rozpuszczalności i zdolności do osmozy, które przez to stają się więcej zdatne do wydalenia z ustroju, przyczem istoty trujące jadowitość swoją przez utlenienie tracą. To utlenienie więc nietylko odtruwa wytwory wymiany materyi, ale i nierozpuszczalne przetwory wstecznej wymiany zamienia w związki rozpuszczalne. Tylko dzięki tej przemianie staje się możliwem, że wytwory wymiany materyi mogą być z tkanek wydalone i dostać się do ogólnego krążenia, a stamtąd przez nerki, skórę opuścić ustrój. To zadanie wydalenia ułatwia ogromnie jeszcze i ta okoliczność, że utlenienie w ustroju staje się nietylko źródłem tej postaci energii, którą nazywamy ciepłem, ale wytwarza także energię kinetyczną, która objawia się jako ciśnienie osmotyczne. Ponieważ osmotyczne właściwości istot rozpuszczalnych pozostają w stosunku odwrotnym do ich ciężarów drobinowych, przeto z rozpadem ogromnej drobiny białka na mnóstwo drobin o małym ciężarze drobinowym rośnie osmotyczne ciśnienie wiele tysięcy razy, a wytworzona w ten sposób różnica osmotycznych ciśnień stwarza ciągły ruch wody i zdolnych do dyfuzyi składników między komórkami, a opłukującymi je sokami tkankowymi.

Wytworzona w ten sposób różnica osmotycznego ciśnienia między sokami tkankowymi, a treścią naczyń chłonnych, wpływa na ruch limfy i sprawia, że nadmiar z rozpadu białka powstałych drobin drogą krwi dostaje się do nerek i przez nerki uchodzi na zewnątrz. Nerki więc, jak to podniósł Koranyi, obniżając osmotyczne ciśnienie krwi, stwarzają stałą różnicę ciśnień, bez której życie komórek nie dałoby się pomyśleć. Warunkiem atoli koniecznym do takiej stałej różnicy ciśnień jest tlenowe (aërobowe) życie komórek ustroju, t. j. prawidłowe oddychanie śródtkankowe. W tych stanach natomiast, w których to oddychanie jest upośledzone, a więc w beztlenowem (anaërobowem) życiu komórek, gdzie wzrasta wytwórczość trujących i trudno rozpuszczalnych, pośrednich związków azotowych, t. zw. przez Gautiera leukomainów, i gdzie wyższe stopnie utlenienia wytworów wymiany materyi tylko w małej ilości powstają, tam spada wedle Poehla różnica ciśnień osmotycznych, i zbliża się do tej bezwzględnej równowagi ciśnienia, jaka się pojawia po zamarciu wszystkich czynności życiowych komórek. Prawidłowe utlenianie jest więc koniecznym warunkiem prawidłowego przebiegu wymiany materyi aż do ostatecznych jej krańców i stałej różnicy w osmotycznem ciśnieniu, bez czego wydalanie wytworów rozpadu napotyka na przeszkody, dając powód do powstania tak nazwanej przez Poehla »autointoksykacyi skutkiem obniżonego oddychania śródtkankowego«.

Spermina wedle Poehla ma znaczenie katalizatora fizyologicznych spraw utlenienia w ustroju. Jeżeli jednak mimo to, że spermina stale w ustroju istnieje i swoje katalityczne działanie rozwija, następuje w pewnych patologicznych chwilach obniżenie oddychania śródtkankowego, to dzieje się to, jak tłómaczy Poehl, dlatego, że katalityczne działanie sperminy istnieje tylko pod pewnymi warunkami zasadowości soków tkankowych, czyli, że w takich razach występuje w ustroju unieczynnienie fizyologicznej sperminy. W stanach zmniejszonej zasadowości soków tkankowych, względnie zachorzenia ustroju, powstają warunki do wytworzenia się trudno rozpuszczalnego fosforanu sperminy, przez co czynna spermina przechodzi w związek nierozpuszczalny i skutkiem tego swe katalityczne działanie traci. A to działanie czynnej sperminy ma rozciągać się nietylko na azotowe wytwory wstecznej wymiany, ale także na tłuszcze, węglowodany, związki aromatyczne, ba nawet ma ona działać utleniająco na kwas mleczny i zapobiegać w ten sposób przekwaszaniu tkanin. W prawidłowym więc stanie prawidłowy przebieg oddychania śródtkankowego pozostaje w zależności od obecności pewnych enzymów, t. j. katalizatorów, i od stopnia zasadowości soków tkankowych. Wszelkie zakwaszenie tkanin pociąga za sobą unieczynnienie sperminy i obniżenie spraw utlenienia w ustroju. Prawidłowo tkanki, a w szczególności tkanka mięśniowa i nerwowa oddziaływają słabo zasadowo, i wszelkie podrażnienie mięśni lub istoty nerwowej obniża jej zasadowość lub nawet wywołuje zakwaszenie. A tą istotą, która przy długotrwałem podrażnieniu zmniejsza zasadowość mięśni lub istoty nerwowej. lub je nawet zakwasza, ma być właśnie kwas mleczny. W nagromadzeniu tego kwasu mlecznego upatruje Poehl przyczynę unieczynnienia fizyologicznej sperminy. W ten sposób wedle Poehla zmniejszona zasadowość krwi i obniżenie oddychania śródtkankowego tworzą koło błędne, ponieważ wspierają się wzajemnie i działają w jednym kierunku, będąc równocześnie oba przyczyną i skutkiem.

Ustrój może być anatomicznie zdrowy i nie okazywać żadnych morfotycznych zboczeń, a jednak chemizm przemiany komórek może być zakłócony, jak bywa w całym szeregu zboczeń czynnościowych, n. p. w neurastenii, histeryi, migrenie, niektórych otruciach i t. d. Wedle Poehla rozbiór moczu, który uważa się słusznie za zwierciadło wymiany materyi, może nam dać klucz do należytego zrozumienia tego zboczenia, jednak nie ten dawny, polegający na stwierdzeniu obecności lub braku pewnego składnika chorobowego i ilościowem oznaczeniu tego lub owego w dobowym moczu. Skoro atoli dokładne oznaczenie całkowitego bilansu wymiany materyi, jakkolwiek bezwątpienia wielkiej doniosłości naukowej, trudnem jest do wykonania, przeto radzi Poehl uciekać się do oznaczania w moczu t. zw. współczynników moczu, jako najpewniejszego wskaźnika nieprawidłowości wymiany materyi. Takim współczynnikiem energii spraw utleniania w ustroju i dlatego najważniejszym jest wedle Poehla odsetkowy stosunek ilości azotu mocznika do całkowitej ilości N moczu. Do oznaczenia obniżonej zasadowości tkanek służy Poehlowi stosunek całkowitej ilości fosforu moczu do ilości fosforu pod postacią fosforanu dwusodowego. Za miarę skazy moczanowej uważa Poehl współczynnik Zernera, t. j. stosunek ilości kwasu moczowego do ilości kwasu fosforowego w moczu jako fosforanu dwusodowego, w prawidłowych stosunkach równający się 0·2—0·35. Do tego samego celu, t. j. stwierdzenia skazy moczanowej, służyć może jeszcze inny współczynnik, podany przez Boucharda i Senatora, t. j. stosunek całkowitej ilości N moczu do ilości N kwasu moczowego. Wskaźnikiem natężenia wymiany materyi w tkance nerwowej ma być stosunek azotowych istot w moczu do ilości moczem wydalonych fosforanów t. zw. odczynnik Zülzera. W końcu uwzględnia Poehl stosunek mocznika do chlorku sodu, który w prawidłowych warunkach wynosi 2:1, t. zw. współczynnik energii życiowej. W ten sposób dokonany rozbiór moczu staje się nietylko środkiem pomocnym w rozpoznaniu, bo stwierdza zakłócenie w wymianie materyi, pozwala je jakościowo i ilościowo ocenić i stwierdza obecność samozatrucia, jego okres i jakość, ale daje także możność kontrolowania leczenia, pozwala ocenić skutek, albo brak leczniczego wyniku.

W ten sposób przedstawiałaby się całość poglądów Poehla, którą przytoczyliśmy w skróceniu, nie wdając się w szczegóły, tylko dlatego, że po Brown-Séquardzie, który jest ojcem organoterapii, Poehl jest niewątpliwie najzasłużeńszym organoterapeutą teraźniejszości. Z niezmierną energią i konsekwencyą w całym szeregu prac naukowych, odczytów na zjazdach i posiedzeniach i ulotnych publikacyi, bronił tych swoich zapatrywań do chwili obecnej i pełen nadziei w przyszłość pozostał im wierny. A choć niejedno z nich nie utrzyma się w przyszłości i ulegnie zmianie, choć niejedna z tych nadziei, jakie Poehl wiązał z organoterapią, nie urzeczywistni się w praktyce i sprawi niejednemu zawód, to jednak w tych myślach jego tkwi niewątpliwe jądro prawdy odczutej, chociaż nie całkowicie udowodnionej i za szybko uogólnionej. (Dok. nast.)

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Prus.

»Odczyn kwaśny« i kwasy (kwas mleczny) w stosunku do przyswajania pokarmu w narządzie trawienia oraz przemiany chloru.

Podał

Prof. Edmund Biernacki.

(Dokończenie.)

Chodzi teraz o to, czy cały sens i znaczenie odczynu kwaśnego ściąga się do faktu powyższego i nim wyczerpuje? Pytanie to powstać musi, ponieważ istotnie trudno uważać tylko okoliczność, iż przy odczynie kwaśnym pokarm bywa lepiej przyswajany, niż przy obojętnym (a przyswajanie było przecież w doświadczeniach naszych także dobre!) — za powód dostateczny zjawiska, że pokarm nasz, sądząc właśnie ze stałości odczynu kwaśnego, kwaśnym być musi?

Pytanie to przeprowadza nas jednakże już do innej dziedziny, ponieważ chodzić wtedy może o działanie ogólne odczynu kwaśnego, względnie kwasów, o działanie ich na wymianę materyi.

Temat powyższy poruszano i opracowywano już wielokrotnie [14]), nie zdobywszy dotychczas określonych wyników co do wymiany azotu przy kwasach. W naszych doświadczeniach najczęściej następowało przy kwaśnym odczynie pokarmu wzmożenie już istniejącego zatrzymywania azotu: tak było w doświadczeniu III. z kwasem mlecznym (tabl. IV. — wzmożenie zatrzymania z 25·3% do 29·6%, spadek po odstawieniu kwasu do 26·6%), wreszcie w stopniu bardzo wybitnym w doświadczeniu z mlekiem kwaśnem (zatrzymanie azotu przy mleku słodkiem 8·1%, przy kwaśnem — 21·9%). Zdaje się, że takie samo zjawisko mieliśmy przed sobą i w drugiem doświadczeniu z kwasem mlecznym (tabl. II, okresy VI i VII), jako po odstawieniu kwasu zatrzymanie tylko 25·5% przeciw 27·2% przy pokarmie zakwaszonym. Co się tyczy odczynu zasadowego, to tutaj w jednem doświadczeniu mieliśmy, zdaje się, wzmożenie, w drugiem osłabienie zatrzymywania azotu; zmiennem było zachowanie się w tym kierunku i przy laktobacylinie.

Co się tyczy zachowania się kwasu siarkowego całkowitego, to zarówno odczyn kwaśny, jak zasadowy, nie okazują w tym względzie także nic określonego. Natomiast wydzielanie eterosiarczanów było przy HCl, w trzeciem doświadczeniu z kwasem mlecznym (tabl. IV), a także i w pierwszem (tabl. II) — zmniejszone, co potwierdza jeszcze raz już dość liczne dane co do hamującego wpływu kwasu solnego lub mlecznego na gnicie w jelitach.

Daleko znamienniejsze były wyniki w innych kierunkach, przedewszystkiem co do amoniaku. Otóż gdy w doświadczeniu z HCl zgodnie z zapatrywaniami, wyraźnie wzrosły zarówno bezwzględne, jak względne ilości (współczynnik) amoniaku w moczu (okres przed kwasem 0·1956 gr i 6·1%, przy kwasie 0·2414 gr i 8·2%, po kwasie 0·2145 gr i 7·6%), przy kwasie mlecznym zachowanie się NH_3 było bynajmniej nie takie. Zapewne współczesny pogląd o amoniaku, jako neutralizatorze kwasów w ustroju, dotyczy zasadniczo kwasów nieorganicznych i nieutlenialnych organicznych; że jednak i przy takich kwasach organicznych utlenialnych jak kwas mleczny ilość amoniaku w moczu może wzmagać się, (zdaje się, że chodzi tutaj przedewszystkiem o dostateczną wysokość dawki), wypada to choćby z odpowiedniego doświadczenia Limbecka [15]). Ostatecznie i w doświadczeniu mojem z mlekiem kwaśnem współczynnik amoniaku podniósł się z 7·6% (przy mleku słodkiem) do 10·4%, chociaż zapewne ilości bezwzględne NH_3 pozostały jednocześnie prawie niezmienione (0,1979 i 0,2164 gr *pro die*).

Tak jednakże nie działo się we właściwych doświadczeniach z kwasem mlecznym. A nawet jeszcze więcej, we wszystkich trzech doświadczeniach zarówno ilości bezwzględne NH_3 w moczu, jak ich współczynniki zmniejszyły się, zupełnie tak samo, jak w doświadczeniach z ługiem, które — zauważmy ubocznie — zmniejszeniem swem ilości amoniaku w moczu stwierdziły to samo, co dotychczas wiadomo było w tym kierunku o wpływie węglanów zasad. Zapewne, zmniejszenie ilości amoniaku i jego współczynników zarówno przy kwasie, jak ługu nie było znaczne, było jednak obecne zawsze i po powrocie do pokarmu obojętnego wartości te znowu się podnosiły.

Fakt powyższy na pierwszy rzut oka wygląda bardzo paradoksalnie, jednakże zaznaczmy, łączy się on konsekwentnie z pojęciem współczesnem, iż kwasy organiczne (utlenialne) ulegają w ustroju spaleniu na węglan zasad: można więc tedy wśród pewnych warunków oczekiwać od kwasu takiego samego następstwa dla amoniaku, jak od Na_2CO_3. Podkreślmy z drugiej strony jeszcze raz, że fakt zmniejszenia NH_3 zaszedł w doświadczeniach naszych w obecności tylko bardzo umiarkowanych dawek kwasu mlecznego, dawek n. p. takich, jakie codzienne pożywienie człowieka może zawierać bardzo często i łatwo.

Nauka o amoniaku, jako neutralizatorze kwasów w ustroju straciła bardzo dużo ze swej wyłączności potem, gdy nietylko co do kwasów mineralnych (Gaethgens) [16]), ale po raz pierwszy przez moje [17]) poszukiwania na człowieku i co do kwasu mlecznego udowodnionem zostało, że kwas ten wiedzie do wzmożenia zasad w moczu: oczywiście nietylko kwasy nieorganiczne, ale i utlenialne organiczne (kwas mleczny), mogą być zobojętniane w ustroju zarówno przez zasady, potas i sód, jak przez amoniak. Limbeck [18]) dochodzi nawet na podstawie swego, wprawdzie jedynego, ale starannego spostrzeżenia do wniosku, że amoniak należy uważać w sprawie neutralizacyi kwasów za czynnik drugiego rzędu, względnie, że zobojętnianie kwasu mlecznego zaczyna się w ustroju właśnie od zasad.

Ku potwierdzeniu mniemania Limbecka może służyć pierwsze moje doświadczenie z kwasem mlecznym (dziennie po 2·5 gr), w którem nie było zwiększenia ilości amoniaku, natomiast wyraźne wzmożenie zasad w moczu,

[14]) Piśmiennictwo przedmiotu p. Otto Loewi, u C. v. Noordena: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin 1907, t. II, str. 669—689.

[15]) R. v. Limbeck: Beiträge zur Lehre von der Säurevergiftung. Zeits. f. kl. Med., tom 34, zeszyt 5 i 6.

[16]) Gaethgens: Zeitschr. f. physiolog. Chemie. T. 4.

[17]) Münch. med. Wochs. 1896, Mr 28, 29. Medycyna 1896.

[18]) Loc. cit.

jedno i drugie w przeciwstawieniu do działania kwasu solnego, przy którym zwiększyła się zarówno ilość amoniaku, jak KCl + NaCl w moczu. Ale, pomijając jeszcze lekkie wzmożenie zasad w kale w doświadczeniu trzeciem z kwasem mlecznym (tabl. IV, okresy VII, VIII, IX), które zresztą nie miało żadnego wpływu na bilans ogólny zasad, — doświadczenie pierwsze z kwasem mlecznym jest jednocześnie jedynem, gdzie mamy wzmożony wywóz zasad pod wpływem »odczynu kwaśnego«. We wszystkich pozostałych (włączając i doświadczenie z mlekiem kwaśnem) dane liczbowe okazują nietylko wszelki brak wzmożenia KCl + NaCl, ale przeciwnie — znowu wbrew wszelkiemu oczekiwaniu! — zmniejszenie ilości zasad w moczu przy pokarmie zakwaszonym.

Nie posiadam materyałów do rozbioru pytania, o ile to szczególne zjawisko stało w związku, względnie zależało od silnej skłonności do zatrzymywania zasad, jaka wraz z zatrzymywaniem azotu istniała u naszych psów, względnie o ile spostrzeżenia moje posiadać mogą znaczenie ogólniejsze co do wydzielania zasad przy małych dawkach kwasów organicznych (mlecznego); tymczasem chodzi mi o samo stwierdzenie istnienia faktu powyższego, faktu, który przedewszystkiem wskazuje na to, iż nasze obecne wiadomości bynajmniej nie wyczerpują jeszcze całego zagadnienia przemiany kwasów w ustroju. Zaznaczę, że omawiane zachowanie się zasad w naszych doświadczeniach z kwasem mlecznym było takie same, jak przy NaHO w doświadczeniu pierwszem, gdzie także widzimy zmniejszone wydzielanie zasad. Jednakże w drugiem doświadczeniu z ługiem widzimy wybitne zwiększenie ilości zasad w moczu, co znowu zgadza się w zupełności z wynikami spostrzeżeń Stadelmanna[19]) i jego uczniów pod wpływem węglanów zasad i soli zasadowych kwasów roślinnych. W dodatku w doświadczeniu naszem nadmiar KCl + NaCl w moczu przewyższał znacznie ilość zasady, dodaną do pokarmu.

Wzmożone wydzielanie zasad, jak powyżej wspominałem, istniało także w pierwszem mojem doświadczeniu z kwasem mlecznym — ale tą drogą w działaniu odczynu kwaśnego i zasadowego mamy bardzo wiele wspólnego, nawet identycznego. Istnieje jednakże punkt, gdzie się drogi rozchodzą, a nim jest wydzielanie chloru.

Wydzielanie chloru, które stale niższem było od dowozu tego związku, ukształtowało się w obu szeregach naszych doświadczeń, a szczególniej w drugim, w ten sposób, że wartości chloru, obliczone na NaCl, były, z wyjątkiem ledwie kilku okresów, wyższe, niż wartości KCl + NaCl: oczywiście zatrzymanie chloru było mniejsze, niż zatrzymanie zasad. Pomijając przytem tylko co wspomniane kilka okresów i w pozostałych nie było żadnej równoległości pomiędzy wywozem chloru, a wywozem zasad — przeciwnie, co do tego zwraca na siebie uwagę silna rozbieżność obu danych w kilku okresach. Otóż jest rzeczą niezmiernie ciekawą i ważną, że największą rozbieżność tego rodzaju widzimy w okresach doświadczeń z kwasem mlecznym, że, gdy w trzech doświadczeniach mlecznych (na cztery) ilość KCl + NaCl w moczu była zmniejszoną, to ani razu nie zdarzyło się to z chlorem, przeciwnie wydzielanie chloru przy zakwaszaniu pokarmu kwasem mlecznym zawsze się wzmagało. A więc, n. p. w doświadczeniu porównawczem na tabl. II (okresy V, VI, VII) przy ługu znajdujemy w moczu 6·307 gr KCl + NaCl i 6·8595 gr Cl (jako NaCl), przy kwasie mlecznym zaraz potem mniej zasad 5·9914 gr, ale więcej chloru (NaCl) — 7·395 gr; przy mleku słodkiem 7·4466 gr KCl + NaCl i 7·4550 gr chloru (NaCl), a przy kwaśnem 6·9336 gr zasad i 7,776 gr chloru; w trzeciem doświadczeniu z kwasem mlecznym: 6·9763 gr KCl + NaCl i 6·968 gr Cl (NaCl) w okresie kontrolnym, a 6·6543 gr zasad i 7·0035 gr Cl (NaCl) przy kwasie mlecznym. Takiego zachowania się nie widzimy przy innych stosowanych czynnikach: niechaj przy NaHO, HCl, czy laktobacyllinie zmniejszy się (lub zwiększy) wywóz chloru w moczu, to takie same wahanie, — zapewne bez ścisłej równoległości — przechodzi i zasada mineralna. A nawet, jak to zdarzyło się n. p. w ostatniem doświadczeniu z laktobacyliną (tabl. IV) — zachowanie bywa wprost odwrotne: zmniejszenie się ilości chloru, a zwiększenie ilości KCl + NaCl[20]).

Stadelmann[21]) wraz ze swymi uczniami stwierdził wzmożenie wydzielania chloru wraz ze wzmożeniem wydzielania zasad pod wpływem soli zasadowych kwasu węglowego oraz kwasów roślinnych, a chociaż Harnack[22]) wątpi o tem właśnie przy solach kwasów roślinnych (cytrynian sodu), to jednak fakt wzmożonego wydzielania chloru pod wpływem zasad jest ogólnie znany, nawet uznany. Tymczasem O. Loewi[23]) oblicza z danych Kozerskiego, że w doświadczeniach tego autora z cytrynianem sodu nadmiar chloru w moczu sięgał tylko dotąd, ile potrzeba go było do nasycenia nadmiaru wydzielonego potasu i sodu. W zgodzie z tem w mojem drugiem doświadczeniu z NaHO nadmiar wydzielonych KCl + NaCl był daleko wybitniejszy, niż wzmożenie chloru (NaCl).

A więc właściwością zasad jest nie tyle »wyciąganie« chloru z ustroju, ile wyciąganie tychże zasad; w przeciwstawieniu do tego kwasy (kwas mleczny), które niewątpliwie także śród pewnych jeszcze bliżej nieznanych warunków mogą wzmagać wydzielanie zasad, okazują się przedewszystkiem zdolne do wyciągania chloru z ustroju i stosunek ten w świetle naszych doświadczeń przedstawia się niemal jako swoisty.

Znaczenie biologiczne i praktyczne tego stosunku ujawnia się wobec faktu, iż zaburzenia wydzielania chloru uznajemy coraz bardziej w patologii za zjawisko częste i ważne.

---

[19]) Stadelmann: Ueber den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel. Stuttgart 1890.

[20]) W drugiem doświadczeniu z laktobacyliną, zupełnie podobnie jak w drugiem doświadczeniu z NaHO, wzmożenie KCl + NaCl w moczu było daleko znaczniejsze, niż wzmożenie chloru, w doświadczeniu pierwszem przy zmniejszeniu chloru zmniejszyły się także HCl + NaCl, a więc, że podniesiemy to specyalnie w stosunku do laktobacyliny, ciągle zachowanie się wprost odwrotne, niż przy kwasie mlecznym. Fakt ten może służyć za jeden z dalszych, a stanowczych dowodów, że wbrew mniemaniu Miecznikowa działanie laktobacyliny nie zasadza się na działaniu kwasu mlecznego, co szczegółowo rozbieram na innem miejscu. (Gazeta lek., 1908, Nr 16, 17).

[21]) Stadelmann: loc. cit.

[22]) Harnack cytow. według A. Magnus-Levyego u. C. v. Noordena: Handbuch der Stoffwechsel-Pathologie. 1906. Tom 1, str. 453—457.

[23]) O. Loewi: loc. cit., str. 684.

A nawet zaburzenia tego rodzaju mogą powstawać wprost przez błędy odżywiania: niedawno miałem sposobność wskazać, jak wielkie znaczenie w tym względzie ma pokarm przetłuszczony z powodu, iż tłuszcz — właśnie w przeciwieństwie do kwasu mlecznego — wiedzie łatwo do zatrzymywania chloru w ustroju. Wobec tego stanowisko »odczynu kwaśnego«, względnie kwasów organicznych (mlecznego), wprowadzanych z pokarmem do ustroju, coraz wyraźniej wyłania się jako stanowisko regulatorów przemiany chlorowej, w dodatku, wśród warunków prawidłowych jako regulatorów wyłącznych, które tylko wśród pewnych okoliczności (co jeszcze jest do zbadania) mogą być zastąpione przez węglany zasad, lub sole zasadowe kwasów roślinnych. Tylko wśród pewnych okoliczności, bo stanowisko węglanów, jako prawidłowych regulatorów przemiany chlorowej nie zgadza się zupełnie z biegiem prawidłowym sprawy trawienia. Zapewne, w krótkotrwałych doświadczeniach nad żołądkiem przy lekkiem alkalizowaniu śniadania próbnego sodą, spostrzegałem podobne wyniki, jak przy zakwaszaniu takiego śniadania: alkalizacya przewlekła doprowadzi jednak ostatecznie do ustania wydzieliny żołądkowej. A znowu Pawłow stwierdził wpływ hamujący rozczynów sody na wydzielinę trzustkową, w przeciwstawieniu do podniecającego wpływu kwasów.

A więc »odczyn kwaśny« pokarmu, który sprzyja tak wyraźnie zarówno wydzielaniu soków trawiennych, jak, co najważniejsza, przyswajaniu pokarmu w przewodzie pokarmowym, istotnie, jak tylko co powiedziałem, pozostaje regulatorem »swoistym« przemiany chlorowej [24]); z tego punktu widzenia odczyn kwaśny naszego pokarmu, względnie dowóz utlenialnych organicznych kwasów (kwas mleczny) przedstawia się jako konieczność biologiczna. W związku z tem niektóre zwyczaje gastronomiczne nabierają głębszego znaczenia, właśnie jako wyraz instynktowej dążności ustroju do posiadania regulatora chlorowego. Mam tu na myśli n. p. wspomniane już kombinacye tłustych potraw z przystawkami (jarzynami czy kompotami), zawierającemi kwas mleczny lub kwasy roślinne, które właśnie mogą przeciwdziałać i wyrównać grożące — wobec dużych ilości tłuszczu — zaburzenia wydzielania chloru.

Rozczyny dwutlenku wodoru w praktyce lekarskiej.

Napisał **Mg. f. Henryk Banke.**

Odkąd dwutlenek wodoru swojem działaniem przeciwgnilnem począł zwracać większą uwagę lekarzy, starano się go otrzymać w stanie ile możności zgęszczonym i czystym. Prace, przeprowadzane w tym kierunku, długo nie dawały pomyślnych wyników, dopiero w ostatnich czasach udało się już z 80 prc. rozczynu otrzymać kryształy czystego H_2O_2 bez stosowania niebezpiecznej metody cząstkowej destylacyi. Cel prac całego szeregu chemików jest dziś osiągnięty, ponieważ jednak przewóz tego przetworu jest dość niebezpieczny i otrzymywanie go bardzo drogie, w życiu codziennem używamy trzechprocentowych rozczynów, znajdujących się w handlu jużto jako »*Hydrogenium hyperoxydatum solutum technicum*«, jużto jako »*medicinale*«, ale tak jedno, jak i drugie, mimo swej nazwy, bywają zazwyczaj zanieczyszczone i bardzo często zakwaszone kwasem siarkowym. Z rozczynów zgęszczonych, chemicznie czystych, znajduje się w handlu przetwór fabryki E. Mercka pod nazwą handlową »Perhydrol«, stanowiący 30 prc. rozczyn dwutlenku wodoru. Perhydrol przesyłany i przechowywany bywa we flaszkach ze specyalnego szkła, wewnątrz powleczonych parafiną, co już dawniej polecał Brühl. Opakowanie to przyczynia się znacznie do podrożenia przetworu Mercka, co jest przyczyną, że mało odpowiadające wymogom leczniczym 3 prc. przetwory handlowe są jeszcze w użyciu.

Ilościowe oznaczanie zawartości dwutlenku wodoru wykonywano początkowo na drodze gazometrycznej, t. j. przez mierzenie tej objętości tlenu, którą pewna ilość rozczynu wywiązuje. Podawano znalezioną ilość w odsetkach, która to liczba wyrażała odsetki objętościowe wywiązującego się tlenu. Ten sposób obliczania stosowano szczególnie we Francyi, Anglii, Ameryce i stosują go do dziś firmy eksportowe, podając w swych cennikach »*Hydrogenium hyperoxydatum solutum*«, 12 względnie 10 prc. Sposób ten jednak łatwo wiedzie do błędów. Natomiast tak farmakopea austryacka (wydanie VIII.), jak i Merck siłę swych przetworów podają w odsetkach ciężarowych. Stosunek odsetków ciężarowych do objętościowych wynosi 1: 3⅓, czyli 30 odsetków ciężarowych równa się 100 objętościowym. Ta niejednostajność w sposobie obliczania stała się przyczyną, że tak w kołach lekarskich, jak i aptekarskich przy zapisywaniu i sporządzaniu przetworów z dwutlenku wodoru panują ciągłe nieporozumienia. Aptekarz nigdy nie wie, jakiego zgęszczenia leku życzy sobie lekarz, bo ten nigdy nie podaje, czy ma na myśli odsetki ciężarowe, czy objętościowe; stąd też lekarz nigdy nie może być pewnym, jak silny przetwór ma w ręku. Nadmienić należy, że i w piśmiennictwie pomieszane są obydwa sposoby obliczania koncentracyi bez bliższego określenia.

Ponieważ obowiązkowy przetwór farmakopei austr. (VIII.) zawiera 3 prc. ciężarowe, t. j. 10 prc. objętościowych H_2O_2, przetwór zaś Mercka 30 prc. ciężarowych, t. j. 100 prc. objętościowych, można przy niepewności, jakie odsetki lekarz miał na myśli, jedną i tę samą receptę zrozumieć i przyrządzić w czworaki sposób. Gdy n. p. lekarz przepisze 100·0 3 prc. rozczynu dwutlenku wodoru (*Rp. Hydrogenii hyperoxydati 3% 100·0*), to jedna apteka wyda obowiązkowy przetwór farmakopei nierozcieńczony, licząc wedle odsetków ciężarowych, druga wyda 30·0 obowiązkowego przetworu + 70·0 wody przekroplonej, licząc wedle odsetków objętościowych. Posługując się perhydrolem, da apteka trzecia 10·0 perhydrolu + 90 wody przekr. (odsetki ciężarowe), czwarta zaś 3·0 perhydrolu + 97·0 wody przekr. (odsetki objętościowe). Zdarza się także, że liczbę odsetkową odnoszą do obowiązkowego przetworu farmakopei jako takiego. Kilka razy na zapytanie, jak mam przyrządzić receptę: *Rp. Hydrogenii hyperoxydati 3% 100·0* otrzymywałem odpowiedź: *Hydrog. hyperoxydati soluti officinalis 3·0 Aquae dest. 97·0;* lek taki jednak z powodu minimalnej zawartości H_2O_2 chyba żadnych własności terapeutycznych mieć nie może.

Nic też dziwnego, że wobec tych stosunków zdania lekarzy co do działania omawianego leku są dotychczas bardzo podzielone, i że wreszcie aptekarz ciągle narażony jest na niemiłe zajścia z publicznością, która słusznie jest zaniepokojona, że ten sam lek wzięty w jednej aptece ma zupełnie inne działanie, a wreszcie też inną cenę, jak w drugiej.

Z łatwością można dowieść, że już jedynie słusznem jest obliczanie stężenia H_2O_2 wedle odsetków ciężarowych. Sama już farmakopea (wydanie VIII.) powiada w ustępie »Uwagi i wskazówki szczegółowe«, że wszędzie, gdzie we farmakopei mowa jest o częściach, należy rozumieć części ciężarowe.

O perhydrolu mówi Merck w jednem ze swych rocznych sprawozdań tak: »Do użytku praktycznego służą z reguły rozczyny, zawierające 1 do 3 prc. H_2O_2. Celem ich sporządzania należy 1 część perhydrolu rozcieńczyć 29, względnie 9 częściami wody przekroplonej«. A więc chodzi tu o odsetki ciężarowe.

Wobec tych wyraźnych zastrzeżeń dziwić się można, że istnieje w mowie będąca niepewność; że tak jednak jest i to

---

[24]) Naturalnie pomijając wodę, która jest pierwszym warunkiem chemicznych spraw życiowych. W doświadczeniach moich, w których szczególnie w szeregu drugim, dowóz wody był bardzo równomierny, nie widzimy zupełnie wyraźnego związku pomiędzy wydzielaniem wody, a wydzielaniem zasad mineralnych. Wyraźniejszemi są stosunki odpowiednie przy chlorze: istotnie większe ilości chloru kojarzą się na ogół z większemi ilościami moczu i odwrotnie. Ale, jak n. p. wskazują okresy IX i X na tabl. II., istnieją i wybitne wyjątki w tym kierunku; z drugiej strony zwiększenie ilości moczu w 3 doświadczeniach z kwasem mlecznym było bardzo nieznaczne, albo nawet nie było wcale tego zwiększenia (doświadczenie czwarte).

nietylko u nas, ale w całem państwie austryackiem, dowodzi praktyka codzienna, dowodzą ciągle ponawiające się głosy w prasie farmaceutycznej (świeżo w »Zeitschr. des Allg. Apotheker Vereines« Nr 10 i w »Kronice farmaceutycznej« Nr 5 z r. 1908) i wreszcie właśnie wydany okólnik ministerstwa spraw wewnętrznych. Okólnik ten, datowany z 1-go maja 1908 r., ma na celu ujednostajnić sporządzanie rozczynów dwutlenku wodoru. Na wstępie zwraca uwagę na różne zapatrywania, panujące pod tym względem w kołach lekarskich i aptekarskich i przypomina przytoczony powyżej ustęp farmakopei. Gdyby okólnik na tem był zakończył, rzecz cała byłaby raz na zawsze załatwiona. Tymczasem ustęp jego czwarty, który poniżej przytaczam, gmatwa znów całą rzecz i nie będzie wyjścia z tego błędnego koła, jeżeli prasa lekarska nie pospieszy tu z pomocą. Ustęp ten brzmi dosłownie:

»Ze względu na przyzwyczajenia lekarzy przy przepisywaniu tego środka i na doświadczenia lecznicze, z nim poczynione, używać należy zawsze przy przepisaniu *Hydrog. hyperoxyd. solut.* o wyższej zawartości dwutlenku wodoru, niż 3 prc., chemicznie czystego dwutlenku wodoru (perhydrolu), a należy go brać tyle na 100·0 przepisanej ilości, ile procentów zaordynowano«.

Rozporządzenie to wcale sprawy nie wyjaśniło, wyraża bowiem tylko, że do 3 prc. ma się rozumieć odsetki ciężarowe, a od trzech wzwyż objętościowe. Jeżeli zatem lekarz przepisze 6 prc. rozczyn dwutlenku wodoru, to dostanie 6·0 perhydrolu na 94·0 wody przekr., jeżeli 3 prc., otrzyma 10·0 perhydrolu na 90·0 wody. Po rozporządzeniu stoimy zatem na tym samym punkcie, co i przed niem. Pewności nie daje ono żadnej, a jest ona konieczna zarówno dla aptekarza, który musi przecież dokładnie przepis lekarski wykonać i w zgadywania wdawać się nie może, jak i dla lekarza, by ten mógł ocenić należycie działalność leku i wyłączyć nieprzewidziane, może i szkodliwe jego następstwa.

Wyjście z tej niepewności, wytworzonej przez częstokroć mylne tłómaczenia, a wreszcie przez okólnik ministerstwa, znaleźć się musi, a najpewniej stałoby się to przez zerwanie z dzisiejszym sposobem zapisywania rozczynów dwutlenku wodoru.

Lekarz, znając zgęszczenie obowiązkowego przetworu farmakopei, jak i Mercka, niech przepisuje lek ten *magistraliter*, t. zn. niech nie podaje ilości H_2O_2 w odsetkach, ale wprost potrzebną ilość 3 prc. rozczynu obowiązkowego lub 30 prc. Mercka, a więc n. p. nie *»Hydrogenii hyperoxydati 3% 100·0«*, ale *»Hydrogenii hyperoxydati soluti offic. 100 0«*, chcąc zaś mieć przetwór czystszy nie *»Perhydroli 3% 100·0«*, ale *»Perhydroli 10·0 Aquae destill. 90·0«* i t. d. Gdyby zaś ta myśl nie znalazła uznania, to na przyszłość konieczną będzie rzeczą, by lekarz wyraźnie na recepcie zaznaczał, czy ma na myśli części ciężarowe, czy objętościowe (*partes ponderis*, czy *voluminis*).

Oceny i sprawozdania.

Bing: **Ohrenheilkunde; 12 Vorlesungen für Studierende und Ärzte.** Wydanie II, 1908.

Nie dla specyalistów, ale dla uczniów i lekarzy ujęta całość otyatryi w formie bardzo praktycznej, bez przytoczeń z piśmiennictwa, napisana w sposób nadzwyczaj przystępny i łatwy do przyswojenia sobie najważniejszych zasad nauki o chorobach narządu słuchowego obok najpraktyczniejszych zaleceń leczniczych, czynią książkę Binga bardzo udałą.

Wydanie jej w tłómaczeniu polskiem uprzystępniłoby bardzo otyatryę dla naszych uczniów i lekarzy. *A. B.*

Borntraeger: **Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art.** Würzburg 1908. C. Kabitsch (A. Stuber). Wydanie V poprawione i rozszerzone. Cena 2,50 Mk.

O praktyczności i powodzeniu książeczki (a raczej książeczek) Borntraegera najlepiej świadczy szybkie powtarzanie się jej wydań. Wydawnictwo to jest zbiorkiem 39 rozmaitych przepisów dyetetycznych, wydanych jako osobne broszurki i oprawionych (po kilka egzemplarzy) w bloczek, z którego łatwo wyjąć potrzebny właśnie przepis i wręczyć choremu. Są tu więc przepisy dyety dla zdrowych, dla niemowląt, położnic, dla chorych na rozmaite cierpienia przewodu pokarmowego, na cukrzycę, choroby nerkowe i t. p. Rzecz prosta, że takie gotowe przepisy mogą być tylko szablonem, który w każdym poszczególnym przypadku trzeba uzupełnić stosownemi jeszcze wskazówkami; niemniej jednak mogą one dla lekarza być znacznem udogodnieniem i uproszczeniem. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia.

O. Kölpin. **O zniedołężnieniu przedwczesnem** (*dementia praecox*), **zwłaszcza o paranoidalnej postaci tego cierpienia.** (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1908, T. 65, Z. 1). Jeśli rozszerzymy pojęcie zniedołężnienia przedwczesnego tak dalece, jak to czyni Kraepelin i jego szkoła (N. B. w ostatnich czasach Kraepelin znów zwęził pojęcie zniedołężnienia porażnego, odnosząc znaczną część spornych przypadków do t. zw. »manisch-depressives Irresein«. *Przyp. sprawozd.*), to cierpienie to przedstawiać będzie najznaczniejszy bodaj odsetek ze wszystkich chorób umysłowych; zwłaszcza dotyczy to zakładów dla obłąkanych, które trzymać muszą chorych przewlekłych, nieuleczalnych. Tu też spotykamy w wielkiej ilości końcowe stany zniedołężnienia przedwczesnego. Kölpin opiera się w swej pracy na materyale zakładu dla obłąkanych w Andernach nad Renem. Dla ścisłości wyników poddaje on rozbiorowi tylko przypadki, osobiście przez siebie spostrzegane, odrzucając takie, w których rozpoznanie nie zostało ustalone z całą pewnością, lub wywiady były niedostateczne. Z temi zastrzeżeniami rozporządza on równo stu przypadkami zniedołężnienia przedwczesnego u kobiet.

Pewne trudności napotkał K., zarówno jak i większość poprzednich autorów, przy podziale zniedołężnienia przedwczesnego na trzy kategorye, ustalone przez Kraepelina, zwłaszcza przy odgraniczaniu postaci hebefrenicznej od katatonicznej, a czasami i od paranoidalnej. Starając się trzymać jak najściślej określenia Kraepelinowskiego, zwraca K. baczną uwagę nietylko na przebieg, ale i na zejście choroby. Tym sposobem w liczbie owych 100 przypadków można było ustalić 31 razy hebefrenię, 30 katatonię i 39 postać paranoidalną.

Dziedziczne obciążenie dało się stwierdzić w 50 prc. wszystkich przypadków: mniejszy odsetek, niż u innych autorów (n. p. Kraepelin podaje 70 prc., Lomer nawet 90,86 prc.), objaśnia się tem, iż K. zaliczał tutaj pijaństwo rodziców i wyraźnie zaznaczoną chorobę umysłową w rodzinie, wyłączając wszelkie »nerwowości«, »dziwaczne charaktery« i t. p. Najwyższy odsetek dała postać katatoniczna (61,9 prc. przypadków z obciążeniem dziedzicznem), dalej szła hebefrenia z 45,2 prc. i wreszcie postać paranoidalna z 43,6 prc. K. potwierdza również w pewnym stopniu słuszność spostrzeżenia Lomera, iż w przypadkach zachorowania w późniejszym wieku obciążenie dziedziczne bywało mniejsze: w tych przypadkach K., gdzie początek choroby przypadał na wiek przed 36-tym rokiem życia, obciążenie wynosiło 54,3 prc., w późniejszych zaś latach tylko 40 prc. (u Lomera była większa różnica, bo po 36 latach tylko 28,5 prc.).

Co do przyczyn, wywołujących chorobę, stwierdzić je można było w 33 przypadkach: najczęściej były to wstrząśnienia psychiczne, zwłaszcza nieszczęśliwa miłość. Czynnik ten w hebefrenii podano 8 razy, w katatonii 5 razy, w paranoidalnej postaci 3. Z innych przyczyn zasługuje na uwagę poród; w hebefrenii i paranoidalnej postaci po 1 razie, w katatonii zaś 5 razy (ten ostatni szczegół K. podkreśla). Wrodzone niedołęstwo umysłowe (*imbecillitas*) stwierdzono w 5 przypadkach.

Ciekawe jest zestawienie, w jakim wieku choroba powstała. A więc w hebefrenii najwcześniejszy początek przypada na 14. rok życia, najpóźniejszy na 38. rok; największa ilość przypadków tej grupy w wieku od 26 do 30 lat. W katatonii najmłodsza chora 17 lat, najpóźniejszy początek w 48. r. ż.; maximum od 21 do 25 lat. W postaci paranoidalnej granice zachorowania leżały pomiędzy 16. i 51. r. ż., najwyższy punkt pomiędzy 36. i 40 r. ż., drugie maximum przypadało na 45.—50 r. ż. Wiek średni na początku zachorowania wynosił w trzech grupach: 25,4 27,1—37,1 lat. Uderza tu znacznie późniejsze występowanie postaci paranoidalnej w stosunku do pierwszych dwóch grup; dodać należy, że wpływu przekwitania wykazać nie było można.

Przechodząc do rozbioru obrazu klinicznego każdej z trzech grup, poświęca K. kilka uwag opisanej przez Diehma *»dementia simplex«*. Tę postać hebefrenii spostrzegał K. w 9. przypadkach: występowało tu bardzo powoli osłabienie władz umysłowych bez żadnych dalszych objawów psychicznych; do cięższych postaci stępienia nigdy nie dochodziło. Chorzy tacy byli wybitnie tępi, żadnych wyraźniejszych życzeń lub zajęcia się czemkolwiek nie objawiali; niekiedy łatwo wpadali w rozdrażnienie. Zazwyczaj mogli być jeszcze używani do pracy mechanicznej. Wbrew ogólnemu twierdzeniu, że postać ta jest swoistą dla wieku dojrzewania, K. tylko w 3 swoich przypadkach mógł stwierdzić początek przed 20. r. ż. i u 2 następnych chorych

przed 25. r. ż.; najstarszy wiek na początku choroby był 30 lat. Zastrzedz się należy, że wiek przy powolnem występowaniu choroby mógł być podany w wywiadach niezupełnie dokładnie. Czas od początku choroby do umieszczenia w zakładzie wahał się od 2 do 38 lat. Zwolnień (remisyi) w postaci tej niema. W innych 22 przypadkach hebefrenii choroba rozwijała się również bardzo powoli, w 2 tylko razach określić ją było można, jako podostrą. Zazwyczaj występowały u chorych krok za krokiem postępujące zmiany w ogólnej osobowości psychicznej, z utratą zajęcia się swym zawodem, zaniedbaniem rodziny i obowiązków domowych, znaczną drażliwością i t. d. W połowie przypadków powstały obłędne idee (zwłaszcza urojenia prześladowcze) wraz ze złudzeniami zmysłowemi. Rola jednak urojeń w obrazie chorobowym hebefrenii była zwykle podrzędna, bardzo rzadko wysuwały się one na bliższy plan i wtedy zachodziła konieczność różniczkowania od postaci paranoidalnej. Przebieg przypadków hebefrenii zwykle był stale postępujący, aż do ostatecznego stępienia; zaledwo w niektórych przypadkach bywały wahania lub nieznaczne zwolnienia. Zakończeniem choroby były zazwyczaj mniej lub więcej ciężkie postacie zniedołężnienia umysłowego.

W grupie katatonicznej (30 przypadków) początek bywał prawie zawsze ostry lub ostrawy; bardziej przewlekle rozpoczynała się choroba zaledwie w 6 przypadkach. Więcej, niż u $^2/_3$ chorych zaczęła się choroba od stanu przygnębienia z następczemi złudzeniami zmysłowemi, a często i z urojeniami prześladowczemi i samooskarżeniami. Prawie połowa chorych z początkowym stanem przygnębienia zapadła później w mniej lub więcej ciężkie otrętwienie (*stupor*), którego trwanie było bardzo zmienne (jedna z chorych zakładowych autora znajduje się już 25 lat w takiem otrętwieniu!). W $^1/_4$ przypadków choroba rozpoczęła się od stanu podniecenia, zwykle z wyraźnem zabarwieniem szałowem, różniącem się jednak w znany sposób od »manisch-depressives Irresein«. I tu występowały liczne złudzenia i omamy zmysłowe, urojenia jednak wielkości zdarzały się rzadko. Trwanie stanu podniecenia było również zmienne; w 12 przypadkach naprzemian występowało otrętwienie i podniecenie. Co do przebiegu katatonii, zaznaczyć można, że i tu zarówno, jak i w hebefrenii, urojenia odgrywały rolę tylko przemijającą. Ważniejsze są złudzenia i omamy zmysłowe, które utrzymują się dziesiątki lat i często dają podkład do nagłych wybuchów podniecenia. W grupie katatonicznej skłonność do zwolnień jest daleko wybitniejsza, niż w hebefrenii. Znaczne zwolnienia, mniej lub więcej długotrwałe, a nieraz kilkakrotnie powtarzające się, spotykał K. w $^1/_3$ swych przypadków. Długość zwolnień dochodziła do 10 lat i często chorzy uchodzili w tym czasie za zupełnie zdrowych, a w każdym razie cierpienie ich nie wpadało w oczy. Co do zejścia choroby, to w niektórych przypadkach występowała, jak i w hebefrenii, daleko posunięta ogólna tępota i wybitne przytępienie uczuciowe z usposobieniem jednak do manier i stereotypii; przeważnie bywały cięższe postacie zniedołężnienia umysłowego. W $^1/_3$ przypadków zejściem choroby był znany obraz otrętwienia katatonicznego z upornem milczeniem (*mutacismus*), negatywizmem i t. d. W niewielkiej stosunkowo tylko części tych otrętwień, zmanierowanie i liczne stereotypie występowały na pierwszy plan i panowały nad całym obrazem choroby. I w tej grupie, zarówno jak i w hebefrenii, zasługuje na uwagę drażliwość pewnych chorych i wybitna skłonność do czynów popędowych.

Przypadki, należące do postaci paranoidalnej (39), rozpoczynały się w ogromnej większości mniej lub więcej przewlekle: zaledwo w 4 przypadkach spostrzeżono ostry lub ostrawy początek. Częściej wyraźną chorobę umysłową poprzedzał okres zwiastunów, trwający nieraz latami, kiedy chorzy byli bardzo »nerwowi« lub kiedy sposób ich zachowania się zmieniał się (wielka drażliwość i t. p.). Pierwsze objawy umysłowe polegały zwykle na złudzeniach i omamach zmysłowych, odnoszeniu wszystkiego do siebie, urojeniach prześladowczych i t. p. — W połowie przypadków na początku był stan przygnębienia, w którym wielu chorych usiłowało popełnić samobójstwo. Samooskarżanie w takich przypadkach przygnębienia rzadko występowało. Złudzeń zmysłowych brakło tylko w 5 przypadkach. Co do treści obłędów, to urojenia prześladowcze były we wszystkich przypadkach bez wyjątku; w $^3/_5$ przypadków były urojenia wielkości. Wahania w napięciu objawów chorobowych K. spostrzegał często, natomiast rzeczywistych zwolnień było bardzo mało.

W przebiegu i zejściu postaci paranoidalnej rozróżnia K. 3 typy: 1) W nielicznych przypadkach dochodzi prędko do stworzenia systemu, który przy licznych złudzeniach i omamach zmysłowych, coraz to bardziej wikła się i zatacza coraz nowe kręgi; treść tych urojeń jest zawsze awanturnicza i fantastyczna; chorzy pozostają przy tem przytomni i wrażliwi na afekty; do większych braków w inteligencyi nie dochodzi, lecz po dłuższym czasie zwykle występuje pewne osłabienie władz umysłowych. 2) Najczęstsza postać, gdy również dochodzi do wytworzenia systemu, który jednak bywa zwykle bardzo ograniczony; prędzej, czy później dochodzi tu przebieg do pewnego stałego punktu bez wytwarzania nowych urojeń obłędnych. I tu większych braków inteligencyi nie bywa, aczkolwiek zwykle występuje pewne osłabienie władz umysłowych i przytępienie sfery uczuciowej. 3) W trzeciej grupie, (obejmującej $^1/_5$ przypadków K.) urojenia wcale nie systematyzują się, albo w mierze bardzo ograniczonej i stają się prędko rozproszone, pomieszane. Szybko występuje tu powiększające się stale otępienie umysłowe z zupełnem zaniedbaniem się chorych, postępującem przytępieniem sfery uczuciowej i t. d.

Na podstawie swych spostrzeżeń nie zgadza się K. z rokowaniem Kraepelina w zniedołężnieniu przedwczesnem, zwłaszcza w jego postaci katatonicznej: mianowicie, wbrew Kraepelinowi, nie widział K. nigdy zupełnego i trwałego wyzdrowienia w żadnej z postaci zniedołężnienia przedwczesnego; jeśli nastąpiło wyzdrowienie, to był to obraz tylko bardzo zbliżony do zniedołężnienia przedwczesnego, ale zawsze można było przypuścić bezmysł (*amentia*) lub t. zw. »manisch-depressives Irresein«; zniedołężnienie zaś przedwczesne prawdziwe uważa K. w każdym bez wyjątku przypadku za sprawę chorobową niszczącą (destruktywną). (NB. Kraepelin w ostatnich czasach przychyla się również do zdania, iż większość wyleczonych przypadków z rzekomym obrazem zniedołężnienia przedwczesnego należy właściwie do »manisch depressives Irresein«. *Przyp. sprawozd.*).

Dalej podkreśla K. często napotykaną trudność w odróżnieniu hebefrenii od katatonii i na podstawie swych przypadków potwierdza wypowiedziany już przez innych autorów pogląd, iż podstawę obu tych postaci stanowi jedna i ta sama sprawa chorobowa z bardziej tylko ostrem w katatonii zadziałaniem — zresztą nieznanego dotąd — czynnika szkodliwego.

Wreszcie co do paranoidalnej postaci zniedołężnienia przedwczesnego sądzi K., iż tylko trzeci typ przezeń podany, odpowiadający I. podgrupie Kraepelinowskiej, zaliczony być może do zniedołężnienia przedwczesnego, natomiast pierwsze dwa typy, zgodne z drugą podgrupą Kraepelina, uważać należy za osobną postać chorobową, pośrednią pomiędzy zniedołężnieniem przedwczesnem i pomieszaniem (*paranoia*). Co do ogólnej nazwy omawianej choroby: »zniedołężnienie przedwczesne (*dementia praecox*)«, to K. uważa ją za niewłaściwą, gdyż w większości przypadków cierpienie to powstaje w drugiej połowie życia po minięciu lat rozwojowych. Proponuje on tedy, modyfikując wniosek Grossa, zastąpić tę nazwę inną, odpowiadającą najbardziej znamiennemu objawowi choroby, mianowicie nazwą: *dementia dissociativa*. *Dr St. Rudzki.*

Stiefler. **Porażenie wielu nerwów w następstwie płodowego okręcenia górnej kończyny.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 13). Rzadki taki przypadek miał S. sposobność spostrzegać w insbruckiej klinice neurologiczno-psychiatrycznej. Przypadek ten dotyczył robotnika 32-letniego, który, jeżeliby pominąć objawy przewlekłego alkoholizmu i zmiany, opisane poniżej, był zupełnie zdrowy. Na lewem ramieniu w środkowej trzeciej części znajdowała się bruzda bliznowata wgłębiona, otaczająca w całym obwodzie ramię. W parze z tem istniało poniżej silne niedokształcenie w zakresie dłoni i zesztywniałych palców, mniej wybitne, aczkolwiek wyraźne na przedramieniu i ramieniu. Zakresy działania nerwu pośrodkowego (*medianus*), łokciowego (*ulnaris*), oraz nerwu ramieniowego skórnego przyśrodkowego tylnego (*n. cutaneus brachii medialis ac posterior*) z powodu ucisku uległy znacznym zmianom, przejawiającym się w zanikach, porażeniach i zaburzeniach czucia. S. wyraża zapatrywanie, że o ile podobne przypadki wcześnie dostają się w ręce lekarza, zabieg operacyjny może mieć bardzo dobry skutek. *Dr Blassberg.*

Okulistyka.

Lagrange. **O bliźnie przesączającej w leczeniu jaskry.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 2). Zdaniem L. można uzyskać trwale przesączającą bliznę przez wycięcie skrawka twardówki i wytworzenie ubytku, który pokrywa spojówka, a w który nie wciska się tęczówka dzięki równocześnie wykonanej irydektomii. Brzegi rany po sklerektomii nie mogą spoić się ze sobą dokładnie nawet w przypadkach o małem wzmożeniu napięcia, a ubytek z powodu małej żywotności tkanki twardówkowej i z powodu nieustannego prądu sączącego się płynu nie wypełnia się

ziarniną i nie zarasta. Blizny przesączającej nie należy równać z t. zw. blizną pęcherzykowatą (*cicatrix cystoidea*), ponieważ ta łączy się z wrośnięciem tęczówki, co, jak wiadomo, może być nieustającem źródłem podrażnień zapalnych. L. przytacza spostrzeżenie osoby, operowanej obustronnie z powodu jaskry zapalnej przewlekłej. Na jednem oku wykonano irydektomię w sposób klasyczny bez zarzutu, ale zanik wzroku coraz dalej postępował. Na drugiem oku nastąpiło wrośnięcie tęczówki i powstała blizna pęcherzykowata. Tu wzrok się poprawił i następnie utrzymywał się bez zmiany, ale chory cierpi bezustannie na to oko z powodu zadrażnienia, bolu i światłowstrętu. Spostrzeżenie to dowodzi jasno, że blizna pęcherzykowata lepiej wprawdzie wzrok zabezpiecza, ale bynajmniej nie odpowiada wszystkim wymaganiom. Wymagania te spełnia blizna przesączająca (*cicatrice filtrante*), wytworzona przez sklerektomię, połączoną z irydektomią.

K. W. Majewski.

Rollet, Aurand. **Badania doświadczalne nad zakażeniami naczyniówki.** (*Arch. gén. d'Opht.* 1908, Nr 1). Wszczepienie do naczyniówki grzybka promienicy nie wywołało znamiennych wybujałości w samej naczyniówce, ale w jednym przypadku wytworzyło ognisko przerzutowe w wątrobie. Bezpośrednie szczepienia do naczyniówki prątka Hansena, pleśnicy (*oïdium albicans*), prątka Ebertha, prątka okrężnicy i prątka Pfeifera pozostały bez skutku. Pośrednie zakażenie naczyniówki promienicą i prątkiem Pfeifera miało również ujemny wynik. Prątek Hansena, wprowadzony do ciała szklistego, wywołuje już 6-go dnia posokowate zapalenie (*hyalochorioiditis septica*) z przebiegiem przewlekłym, wiodące do zaćmienia soczewki. Zakażenie jednak nie uogólnia się. Prątek Ebertha, zaszczepiony do ciała szklistego, wywołuje tylko nieznaczne zmiany, ograniczające się do miejsca wszczepienia. Natomiast prątek okrężnicy wywołuje już po 6 dniach zapalenie siatkówki i naczyniówki, ciała szklistego (*retinochorioiditis septica, hyaloiditis*), a wreszcie zaćmę (*cataracta dystrophica*). Ale nawet w doświadczeniach, 7 miesięcy trwających, nie wywołał ten prątek żadnych zmian ogólnych, co się tłómaczy znaną odpornością królików wobec niego. Pleśnica wywołuje już 5. dnia zmiany w naczyniówce i siatkówce, które po 2 tygodniach przybierają wejrzenie znamienne. Są to guzki, postaci zaokrąglonej, śnieżysto białej barwy, zlewające się ze sobą i pokrywające się z czasem nowo wytworzonemi naczyniami. Przylegająca siatkówka ulega pewnym zmianom odczynowym, wyrażającym się jej zgrubieniem i przybraniem szarawej barwy. W porównaniu z zakażeniem kropidlakiem (*aspergillosis*) zakażenie pleśnicą posiada mniejszą siłę, nie wiedzie bowiem do zniszczenia gałki, ani się nie przerzuca. *K. W. Majewski.*

Scott Lamb. **Miażdżyca naczyń krwionośnych w oku.** (*Ophthalmology* 1908, Vol IV., Nr 2). Ważną jest rzeczą umieć rozpoznać zapomocą wziernika pierwsze, najwcześniejsze objawy rozpoczynającej się miażdżycy naczyń na dnie oka: lekkie zamglenie siatkówki w otoczeniu tarczy nerwu wzrokowego i nieznaczne zatarcie granic tarczy, drobne zgrubienia w przebiegu włosowatych rozgałęzień naczyń i zlekka zaznaczająca się *tortuositas*, zwłaszcza w okolicy plamki żółtej, oraz na obwodzie siatkówki. Dopiero w późniejszych okresach występują znane białe obwódki, podwójne kontury naczyń i wyraźne znaczne zgrubienia. Wczesne rozpoznanie zmian miażdżycowych jest dlatego ważne, że tylko w pierwszych okresach odpowiednie leczenie może dać pomyślne wyniki. *K. W. Majewski.*

Lefebvre. **Wypalenie wnętrza gałki przy zapaleniu całego oka** (*panophthalmitis*). (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). Po krzyżowem przecięciu rogówki i wypuszczeniu soczewki wprowadza się termokauter w postaci zakrzywionego noża w głąb gałki i wypala nim i wydobywa całą jej treść zropiałą aż po twardówkę. Dla przyspieszenia operacyi należy termokauter kilkakrotnie wyjmować i przez wyżarzenie do białości wyczyszczać jego ostrze, oblepione zwęglonemi resztkami tkanek. Po wypaleniu całej treści oka wypłukuje się wnętrze gałki rozczynem dwujodku lub sinku rtęci, zakłada mały setonik i opatrunek wilgotny, który się następnie codziennie zmienia.

K. W. Majewski.

Nelson Spratt. **O wszywaniu kul parafinowych do torebki Tenona. Sprawozdanie z 40 operowanych przypadków.** (*Ophthalmology* 1908, Vol. IV., Nr 2). Autor odpiera zarzuty, stawiane tej metodzie operacyjnej, na podstawie 40 własnych przypadków, z których w jednym tylko u 75-letniego starca gałka parafinowa wydostała się na zewnątrz z torebki Tenona. We wszystkich innych przypadkach nastąpiło doraźne zagojenie się z zachowaniem podkładu parafinowego i wyniki kosmetyczne były bardzo korzystne. Przez przecięte mięśnie proste przewleka S. nitki, poczem po dokonanem wyłuszczeniu oka wprowadza do torebki Tenona po jej należytem wypłukaniu kulę twardej parafiny odpowiedniej wielkości. Następnie ponad nią zeszywa parami mięśnie proste na krzyż, a ponad nimi ściąga spojówkę szwem torebkowatym. Odczyn po operacyi tej bywa zazwyczaj taki, jak po wypatroszeniu. Korzyści kul parafinowych, w porównaniu z kulami szklanemi i metalowemi, są wedle doświadczenia S. następujące: 1) Kule parafinowe są niedrogie i łatwo je sporządzić; 2) nie ulegają stłuczeniu, jak kule szklane; 3) parafina wywołuje mniejsze zadrażnienie, niż jakikolwiek inny materyał, a tem samem nie tak łatwo zostaje z ustroju usunięta; 4) w krótkim czasie wytwarza się dookoła kuli parafinowej torebka włóknista. *K. W. Majewski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie w dniu 1. czerwca 1908.

1) Czł. Marchlewski zdaje sprawę z pracy p. J. Dunin-Borkowskiego p. t.: **O działaniu hemolitycznem soli rtęciowych.** Autor oznacza kolorymetrycznie stopień hemolizy krwinek zwierząt następujących: królika, barana, krowy, świni, cielęcia i psa. Im trudniej jest oddzielić krwinki od surowicy, tem mniej są one wrażliwe na działanie środków hemolizujących. Stosunek pomiędzy koncentracyą związków, a stopniem hemolizy nie okazuje żadnej prawidłowości. Hemoliza nie zależy wyłącznie od ilości wolnych ionów. Granice pomiędzy hemolizą częściową, całkowitą i aglutynacyą ciałek są bardzo wyraźne. Krzywe aglutynacyi są nieciągłe. Badanie szybkości reakcyi wykazuje: iż zależnie od koncentracyi stała reakcyi k z biegiem czasu maleje, pozostaje bez zmiany lub wzrasta, ze wzrostem koncentracyi k zawsze wzrasta. Stosunek $k_{g} + 10$ do $k_{g} = 4{,}3$ u królika, 2,6 u psa. Stałą charakterystyczną μ oznaczono ze stałych reakcyi i zapomocą metody Madsena; μ ze wzrostem temperatury wzrasta. Nie należy oznaczać μ powyżej 35—37°, gdyż pod wpływem temperatur wyższych ciałka hemolizują się nawet w fizyologicznym rozczynie soli.

2) Czł. Cybulski przedstawia pracę p. R. Nitscha p. t.: **Poszukiwanie bakteryi przeciwcholerycznych w powietrzu.** Według Miecznikowa zachorowanie na cholerę zależy nietylko od obecności bakteryi cholery, ale też i od tego, czy flora przewodu pokarmowego danego osobnika sprzyja rozwojowi cholery, czy nie. Tak też tłómaczy Miecznikow fakt, że Wersal był zawsze wolny od cholery, chociaż w Paryżu ona silnie grasowała. Autor zbadał powietrze w Wersalu i w Paryżu ze względu na obecność bakteryi przeciwcholerycznych i znalazł w powietrzu wersalskiem 11 takich kolonii (t. j. na 19 obojętnych 1 przeciwcholeryczną), a w Paryżu 4 takie kolonie (t. j. na 62 obojętnych 1 przeciwcholeryczną).

(Treść innych 4 prac, przedstawionych na posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 3. czerwca 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 24.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Prezes kol. Borzęcki, przypominając, że za parę dni odbędzie się IV. Zjazd lekarzy czeskich, w gorących słowach zachęca do wzięcia licznego udziału.

3) Prezes zawiadamia, że na telegram, wysłany na pierwsze posiedzenie Towarzystwa lek. w Siedlcach, przyszła odpowiedź z podziękowaniem.

4) Kol. Kostanecki zawiadamia, że wybrany przez Towarzystwo komitet celem zwalczania gruźlicy postanowił w zasadzie połączyć się z lwowskiem Towarzystwem zwalczania gruźlicy. Również na posiedzeniu subkomitetu postanowiono ułożyć projekt nowego statutu Towarzystwa, który o tyle będzie różny od starego, że będzie kładł główny nacisk na Koła miejscowe, a tem samem przyjdzie do pewnego rodzaju decentralizacyi. Następnie kol. Kostanecki wnosi, żeby Towarzystwo lekarskie powierzyło definitywne załatwienie tej sprawy wybranemu komi-

tetowi. — Wniosek jednogłośnie przyjęto, poczem przystąpiono do właściwego porządku posiedzenia naukowego.

5) Kol. Ciechanowski przedstawił i objaśnił: *a*) Okaz **nieprawidłowego położenia nerki,** znalezionego przy sekcyi 16-miesięcznego dziecka (PS. 402, 1908). Nerka prawa, prawidłowego kształtu i wielkości, znajduje się w prawidłowem położeniu; tuż poniżej niej po tej samej stronie (prawej) leży druga nerka, (która powinnaby leżeć po stronie lewej), zwrócona ku tyłowi wnęką, od której odchodzący moczowód wpada do pęcherza w miejscu prawidłowem, t. j. po stronie lewej; do tej niżej położonej nerki dochodzą 2 tętnice, z których wyższa, cieńsza, odchodzi od tętnicy głównej, dolna, grubsza, od tętnicy biodrowej wspólnej prawej tuż poniżej podziału aorty; odchodząca od nerki żyła wpada do żyły głównej dolnej. *b*) Okaz zwężającego odźwiernik guza (PM. 148, 1908), wyciętego przez Doc. Dra Rutkowskiego, a złożonego drobnowidowo wyłącznie z tkanki włóknistej. *c*) Okaz mnogich **uchyłków pętli esowatej** u 65-letniej kobiety (PS. 431, 1908), usadowionych w miejscach silnie rozwiniętych przydatków sieciowych (*appendices epiploicae*). *d*) Okaz pierwotnego **śluzaka serca,** wychodzącego z przegrody międzyprzedsionkowej (PS. 383, 1908), a znalezionego przy sekcyi 35 letniej kobiety, zmarłej wśród objawów zwężenia i niedomykalność zastawki dwudzielnej w klinice lekarskiej U. J. (Przypadek ten ma być osobno opisany).



Fig. 1.

6) Kol. Kader przedstawił: *a*) 3 przypadki **raka sutka.** Mowca operował te przypadki tak, jak i wszystkie inne, z usunięciem mięśnia piersiowego wielkiego i małego i części m. zębatego wielkiego, z wyłuszczeniem wszystkich gruczołów pod pachą, oraz tkanki tłuszczowej i łącznej na całej przestrzeni pola operacyjnego, zwłaszcza w okolicy naczyń. Mowca operuje tak doszczętnie zasadniczo każdy przypadek od lat 15 (wyjątki są bardzo rzadkie). Przy zakładaniu opatrunku pooperacyjnego ustawia K. od lat 6 ramię w położeniu prawie poziomem w celu zapewnienia późniejszej swobody ruchów (por. fotografie: fig. 1, 2 i 3). Skórę w pasze należy przyszyć od wewnątrz do klatki piersiowej w celu uniknięcia krwiaków. Pomimo tak doszczętnego zabiegu odsetek nawrotów jest duży.

b) Przypadek obustronnej **stopy płaskiej** u dziewczyny 15-letniej, operowany przez usunięcie kości czółenkowatej i plastyczne przedłużenie ścięgna Achillesa. Opatrunek gipsowy utrwalający w silnej supinacyi z wytworzeniem sklepienia stopy. Sposób ten zastosował K. w 4 przypadkach, po raz pierwszy 5 lat temu. We wszystkich przypadkach wynik ostateczny bardzo dobry.

c) Chłopiec ze **złamaniem** chirurgicznej szyjki **kości ramieniowej, leczonem zapomocą wyciągu** w maksymalnem odprowadzeniu i elewacyi. K. zwrócił uwagę na doskonałe wyniki czynnościowe przy tej metodzie leczenia, pomimo że anatomiczne wyniki pozostawiają wiele do życzenia.

d) Dziewczynka 11-letnia **po krwawem nastawieniu zwichnięcia stawu łokciowego,** powikłanego złamaniem nadkłykciów, i wyrzeźbieniu stawu z wynikiem stosunkowo bardzo dobrym. Ruchomość stawu wynosi 65°, kąt maksymalnego zgięcia 63°, a rozgięcia 128°. Przed operacyą bezwzględnie sztywne ustawienie w położeniu zupełnie wyciągniętem.



Fig. 2.

e) Chora 27-letnia **z zapaleniem szpiku kości biodrowej.** K. zwrócił uwagę na zwodniczość położenia przetok, które znajdowały się nizko na udzie, dochodząc aż do kolana; można było przypuszczać, że sprawa wychodzi z uda. Okolica kości miednicznej bez zmiany. Po trepanacyi k. biodrowej drenował K. od strony pośladkowej.

f) Chory 26-letni z **przepukliną pachwinową** jednostronną, leczoną w Chicago przez jednorazowe **wstrzyknięcie parafiny** do i w okolicę kanału pachwinowego. Parafina przedstawia się w postaci peloty płaskoowalnej, plastycznej, doskonale zapobiegającej (w dwa lata po zabiegu) nawrotowi przepukliny. Chory zgłosił się do kliniki z powodu nerwobolu w pachwinie.

g) Oprócz tych przypadków przedstawił prof. Kader preparat **nerki z wybitnemi zmianami gruźliczemi,** pochodzący z kobiety 22-letniej. Chora ta z powodu bolów w prawym boku i bolesnego oddawania moczu udała się przed 2 laty do jednego z lekarzy, który rozpoznał gruźlicę pęcherza moczowego i leczył ją miejscowo. Stan chorej poprawił się o tyle, że chora zdawała się zupełnie wyleczona. Tymczasem w jesieni roku zeszłego znowu pojawiły się bole w prawym boku. W maju roku bieżącego chorą przyjęto do kliniki z powodu ropnia przynerkowego. K. ropień przeciął; wydobyła się spora ilość ropy. Na

drugi dzień chora umarła. Autopsya stwierdziła gruźlicę nerki i gruźlicę prawego moczowodu z zupełnem zarośnięciem ujścia moczowodu w pęcherzu. K. zaznaczył, jak to już niejednokrotnie czynił, że gruźlica pęcherza moczowego nigdy się nie zdarza samoistnie, ale zawsze ognisko sprawy znajduje się wyżej, t. j. w nerce. I tym razem należało z samego początku usunąć nerkę, a gruźlica pęcherza przeszłaby sama przez się.

7) Kol. Radliński przedstawił: *a)* chorego, l. 29, leczonego z powodu bardzo silnych **przykurczeń spastycznych kończyn dolnych** (choroba Littlea). Dokonano przecięcia w typowy sposób ścięgien zginaczy w dołach podkolanowych, ścięgien mięśni przywodzących, napinaczy powięzi szerokiej i mm. najdłuższych uda (*m. sartorii*). Prócz tego celem zmniejszenia przewodnictwa wstrzyknięto do obu obnażonych nerwów kulszowych po 1 ctm.³ 80% wyskoku (*alcoh. abs. 80·0, sol. tropacocaini 2%—20·0*). Po paru miesiącach ustalenia w gipsie wynik



Fig. 3.

dobry: chory może prosto stać i chodzić o kijach. Skłonności do nawrotu spastycznego stanu mięśni niema, przeciwnie jest nieznaczny niedowład w mięśniach łydek i obniżenia czucia w okolicach, odpowiadających nerwom kulszowym poniżej wstrzyknięcia.

b) Chorego l. 63 ze **zwężeniem cewki moczowej** pochodzenia tryprowego. Z powodu jeszcze w części wiszącej prącia rozpoczynającego się szeregu zwężeń, ułożonych na długiej przestrzeni i z powodu niemożności dokonania w tych warunkach typowego wycięcia zwężeń (*stricturectomia*), dokonano przed miesiącem uretrotomii wewnętrznej przyrządem Maisonneuvea. Obecnie cewka jest drożna dla Nr 24 Charrièrea.

c) Chorego, który wśród napadu padaczkowego upadł kroczem na jakiś twardy przedmiot i po przyjściu do przytomności zauważył ból na kroczu i krwiomocz. Do kliniki przybył po 12 dniach z wysoką gorączką, naciekiem moczowym krocza i objawami **urazowego przerwania cewki.** Dokonano uretrotomii zewnętrznej i założono cewnik przez prącie i ranę do pęcherza. Przednia ściana cewki zachowana, o wytworzeniu tylnej przez szwy mowy nie było z powodu silnego posokowatego zakażenia rany kroczowej. Przebieg zupełnie pomyślny. Cewnik na kroczu już — po 25 dniach — zakryty ziarniną. Zakażenie pęcherza nie nastąpiło w stopniu znaczniejszym.

d) Kol. Radliński wspomina o przypadku **zwężeń tryprowych** cewki u chorego 54-letniego, któremu przy usiłowaniach rozszerzenia cewnikami porobiono szereg dróg fałszywych okołocewkowych w dawnych latach poza kliniką. Przy zewnętrznej uretrotomii nie można było trafić wskutek zmienionych warunków anatomicznych do pęcherzowego końca cewki. Zrobiono cięcie nadłonowe pęcherza i tą drogą odnaleziono przebieg cewki. Linia zwężeń za długa do stricturektomii; wskutek tego założony cewnik obszyto tylko szwami okołocewkowymi. Przebieg pomyślny. Wszyscy ci chorzy mają się zgłaszać co miesiąc do zgłębnikowania.

8) Kol. Tomaszewski przedstawił **dwa ciała obce,** pieniądz i gwizdawkę, które wydobył **z przełyku** u trzyletnich dzieci zapomocą ezofagoskopu z ruchomem ustawieniem elektroskopu, pomyślanem przez Prof. Kadera i dającem łatwość manipulowania światłem. Pieniądz tkwił w przełyku 6 tygodni i nie wywołał odleżyny.

9) Kol. Nüssenfeld przedstawia **wyniki badań nad oddziaływaniem treści pokarmowej** i chemizmem trawienia u chorych, u których wykonano **gastroenterostomię** (*poster. retrocolica antiperistaltica modo Kader*) z powodu zwężenia odźwiernika natury łagodnej (zwężenie bliznowate po wrzodzie). Badania, przeprowadzone na 7 chorych, stwierdziły: *a)* W 4 przypadkach obecność wolnego kwasu solnego i stosunki trawienia prawidłowe; oddziaływanie treści wybitnie kwaśne; *b)* w 3 przypadkach oddziaływanie kwaśne, wolnego kwasu solnego brak, kwas mleczny wyraźnie obecny. Badania przeprowadzano w dłuższy czas po zabiegu, w jednym przypadku w 3 lata po dokonanej operacyi.

10) Kol. Kasprzyk przedstawia 12-letnią chorą z powodu **wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego** lewego. Skrócenie kończyny funkcyonalne 8 ctm., silne wygięcie kręgosłupa ku przodowi, chód utrudniony i niewytrzymały, dotkliwe bole przy chodzeniu. Cięciem podłużnem według Lorenza dotarto międzymięśniowo do stawu, po podwiązaniu dokładnem naczyń otwarto zgrubiałą, przerosłą i silnie ku górze wyciągniętą pochewkę, usunięto zgrubiałe i przerosłe więzadło okrągłe, w końcu po pogłębieniu wydatnem i wymodelowaniu panewki dokonano odprowadzenia główki, wciągając odprowadzoną i skręconą na wewnątrz kończynę przy równoczesnym silnym ucisku na krętarz. Wobec silnej antewersyi główki założono opatrunek ustalający w silnem skręceniu około 90° wewnątrz i w odwiedzeniu (abdukcyi), pozostawiając ostateczną poprawę ustawienia kończyny do następowej osteotomii.

W dyskusyi, jaka wywiązała się z powodu przedstawionych przez Dra Radlińskiego chorych, Prof. Kader zaznaczył, że jest zwolennikiem jedynie tylko uretrotomii zewnętrznej z wycięciem zwężenia i częściowem zszywaniem cewki.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Posiedzenie naukowe lekarzy przemyskich w szpitalu powszechnym dnia 4. VI. 1908.

Przewodniczący kol. Kramarzyński. Jako goście obecni lekarze wojskowi załogi przemyskiej.

1) Kol. Herman oprowadza zgromadzonych po oddziale chirurgicznym, przedstawiając operowanych m. i. ozdrowieńców po gastroenterostomii, po śródpęcherzowem wyłuszczeniu stercza sposobem Freyera, po resekcyi stawu kolanowego z powodu gruźlicy, kilku chorych z wyłuszczonymi gruczolakami zołzowymi szyi, chorą po laparotomii, wykonanej z powodu otorbionego ropnego zapalenia otrzewnej, wywołanego zgorzelinowem zapaleniem wyrostka robaczkowego, chorą po wycięciu żyły odpiszczelowej (*v. saphenae minoris*) z powodu wrzodu goleni i t. d.

2) Kol. Süsswein *a)* zdaje sprawę z wyników, jakie osiągnął, lecząc **zmięknienie kości adrenaliną.** Dotąd leczył tym środkiem siedem chorych, pięć razy z wynikiem dodatnim, dwa razy bez skutku. Z obecnie leczonych przedstawia dwie, z których jedną uważa za wyleczoną, u drugiej zaś stwierdza wybitną poprawę, jakkolwiek leczenie rozpoczęto dopiero przed paroma dniami. Po wstrzyknięciu adrenaliny zauważał często dreszcze i bole głowy. — W dyskusyi przemawiali kol. Grabscheid, Ehrlich, Majewski i prelegent.

b) Kol. Süsswein przedstawia chorą, która przed dwoma laty złamała kość ramieniową prawą. Chora opowiada, że bezpośrednio po wypadku zwróciła się do lekarza, który założył

opatrunek ustalający. Ten nie ruszany leżał przez cztery tygodnie. Przez cały ten czas palce miały być obrzękłe i sine. Dopiero w tydzień po zdjęciu opatrunku obrzęk ustąpił, lecz sprawność kończyny dotychczas nie wróciła. Przedmiotowo stwierdza się: oś kości ramieniowej prawidłowa, w dolnej $^1/_3$ nieznaczne zgrubienie, odpowiadające miejscu złamania, dobrze zresztą wygojonego, wybitny zanik mięśni ramienia, przedramienia i ręki, ruchy czynne zachowane wszystkie, lecz bardzo upośledzone, jakby niedowładne, podczas ruchów czynnych mięśnie drgają: czucie nieupośledzone. **Zwyrodnienie mięśni** jest tu **następstwem zbyt ciasnego** i zbyt długo niezmienianego **opatrunku po złamaniu.**

3) Kol. Małaniuk przedstawia chorego, który przysłany został do szpitala z powodu zgorzeli niemal całej goleni. Jak z wywiadów wynika, **zgorzel** wystąpiła w parę tygodni **po wielokrotnem złamaniu podudzia** i powstania jej nie można sobie czem innem wytłómaczyć, jak tylko tem, że skutkiem zbyt luźnego opatrunku, odłamki nieodprowadzone zacisnęły światło naczyń. U chorego tego goleń odjęto sposobem Sabanejewa, gdyż chory zyskuje wtedy kikut, na którym bez dalszych zabiegów opierać się może bezpośrednio na kuli. — W dyskusyi przemawiał kol. Herman.

4) Kol. Doliński przedstawia *a)* chorą, u której przed kilkunastoma dniami **zresekował** kawał **jelita** z powodu zgorzeli w uwięźniętej przepuklinie udowej. Uwięźnięcie nie trwało nawet 36 godzin. Przepuklina była ścienną. *b)* Chorą *(virgo intacta)*, u której ze względu na młody wiek wyłuszczył z macicy jeden wielki i dwa małe włókniaki podsurowicze, zachowując zresztą nietkniętą anatomiczną ciągłość narządu rodnego.

5) Kol. Lenartowicz okazuje chorego, przyjętego do szpitala z powodu gruźlicy najądrza, a u którego żyła odgoleniowa *(v. saphena magna)* w okolicy dołu owalnego wytwarza ograniczony żylak, naśladujący przepuklinę udową. — W dyskusyi kol. Majewski wspomina o przypadku, w którym ropień zimny, opuszczający się po mięśniu lędźwiowoudowym, naśladował przepuklinę udową.

6) Kol Herman: *a)* stosował systematycznie elektrargol w zakaźnem zapaleniu szpiku uda, w septycznem zapaleniu pęcherzyka żółciowego i t. d. stale z wynikiem ujemnym. Na podstawie dotychczasowego doświadczenia o środku tym powiedzieć może H. tylko, że dawki 10 gr znosi ustrój bez szkody, a raczej obojętnie; *b)* natomiast kilka razy przekonał się H. o dzielności fizostygminy, podawanej podskórnie po 1 mlgr, jako środka pobudzającego ruch robaczkowy jelit. Wyższość tego środka nad analogicznie działającą atropiną polega głównie w tem, że fizostygmina niemal całkowicie wolną jest od działań ubocznych. *c)* Następnie kol. H. okazuje i omawia preparaty anatomiczne z dwóch przypadków **wgłobienia.** W pierwszym przypadku *(invaginatio colica)* nastąpiło wgłobienie w miejscu przejścia okrężnicy zstępującej w petlę esowatą. Odpochwienie udało się bardzo łatwo, poczem wyczuć można było w świetle jelita guz wielkości mandarynki. Guz sprawiał wrażenie nowotworu złośliwego, przeto z podwójnego wskazania przystąpiono do wycięcia odpowiedniego odcinka kiszki. Operowany zmarł wśród objawów ostrego zapadu. W następnym przypadku z preparatu, uzyskanego w czasie operacyi, okazało się, że chodziło o podwójne wgłobienie. Wgłobienie *(invaginatio enterica)*, jakie powstało tuż przed zastawką Bauhina, wpochwiło najpierw resztę jelita biodrowego do kątnicy, a następnie samo w nią się wsunęło, tworząc zwyczajne wgłobienie biodrowokątnicze *(ileo-coecalis)*. Stąd to podczas operacyi stwierdzono dwie szyjki. Odprowadzenie mimo ponawiane próby nie udawało się. Musiano przeto wyciąć całe wgłobienie wraz z odpowiednią częścią jelita doprowadzającego, które skutkiem całkowitego zamknięcia, trwającego już piątą dobę, znacznym i na rozległej przestrzeni uległo zmianom. Operowany umarł po pięciu dalszych dniach po operacyi wśród objawów utrzymującej się niedrożności jelit. Wycięte jelito, na którem prócz zgorzelinowych, innych zmian nie znaleziono, mierzy 160 cm. W końcu wspomina kol. H. *d)* o przypadku **zgorzeli pętli esowatej,** spowodowanej podwójnem okręceniem się tejże około osi krezki; *e)* o śmiertelnym **zatorze tętnicy płucnej** w 10 dni po zupełnie gładko przebiegającej operacyi doszczętnej wolnej przepukliny pachwinowej i *f)* o ujemnym wyniku po **naciągnięciu nerwów** zwoju pachowego i nastrzykaniu w każdą gałązkę po kilka kropel 25% rozczynu siarkanu magnowego w początkowym okresie **drżączki porażnej,** kiedy to charakterystyczne drgania ograniczone były wyłącznie niemal do kończyny górnej prawej. Sekretarz: *Süsswein.*

---

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

35) Erdheim i Stumme (Wiedeń): **Zmiany przysadki mózgowej w ciąży.** Zgrubienia części miękkich, jak nosa, warg i rąk u ciężarnych mogłyby być w związku, analogicznie do akromegalii, ze zmianami przysadki mózgowej. E. i S. badali pod tym względem 150 przysadek i stwierdzili powiększenie w wymiarze poprzecznym i zwiększenie wagi prawie $2^1/_2$ razy. Na przekroju przysadka (zwykle czerwono-szara) z końcem ciąży przybiera barwę białą i dopiero w kilka tygodni po porodzie odzyskuje prawidłowe zabarwienie. Drobnowidowo stwierdzili E. i S. również zmiany przejściowe.

36) Fessler (Monachium): **Próby nad działaniem niemieckiego pocisku z płaszczem niklowym.** Próby wykonał F. w bawarskiej strzelnicy wojskowej na odległość 50—1500 m. Wlot strzału jest zwykle zaczerniony od prochu; zaczernienie to sięga aż do ścięgna. Wylot postrzału jest zawsze większy, zwłaszcza w czaszce, na 150 metrów; rzadko spotyka się tutaj szczeliny. Płaszcz kuli pęka rzadko. Wogóle nowy ten pocisk sprawia jednak uszkodzenia większe.

Chirurgia jamy brzusznej.

37) Rovsing (Kopenhaga): **Gastrodiafanoskopia i gastroskopia.** R. poleca ze względu na częste trudności rozpoznawcze, badanie żołądka także przy operacyi już po jego otwarciu wziernikami, do czego podaje odpowiednie narzędzia, dozwalające równocześnie żołądek przy badaniu wydymać.

38) Rubritius (Praga): **Wyniki chirurgicznego leczenia niezłośliwych chorób żołądka.** Następowe badania przypadków, operowanych z powodu niezłośliwych chorób żołądka, stwierdziły 53 prc. wyleczeń, 12 prc. polepszeń, 8 prc. przeobrażeń rakowych.

39) Neuhaus (Berlin): **Wyniki badań czynności żołądka ze względu na wpływ gastroenterostomii.** W przypadkach badanych w krótki czas po gastroenterostomii spotyka się żółć i sok trzustkowy w żołądku, natomiast już w rok do półtora po operacyi w wielu przypadkach już żółci ani soku trzustkowego w żołądku nie ma, co dowodzi, że żołądek przyszedł do siebie i odźwiernik przepuszcza treść. Należy brać w rachubę także bliznowate zaciąganie się otworu operacyjnego.

40) Credé (Drezno): **Połączenie żołądka z jelitem z pomocą przypalenia.** C. nie otwiera światła żołądka i jelita, lecz przypala żegadłem Paquelina błonę surowiczą i mięsną. Śluzówka zostaje zaś następowo przeżartą, co zwykle dzieje się 4—5 dnia. Nieraz chorzy sami odczuwają wtedy podmiotowo poprawę. Sposób ten ma podług C. wielkie zalety, bo dozwala operować zupełnie jałowo. C. operował tak już 8 razy.

41) Heddaeus: **Skutki całkowitego wyłączenia jelita grubego** (przez połączenie jelita biodrowego z pętlą esowatą). Całkowite wyłączenie jelita grubego pociąga za sobą poważne, a nieraz groźne następstwa, powinno też być stosowane jedynie w ostateczności.

42) Canon (Berlin): **Wyłączenie jelit przez połączenie biodrowo-esowate.** W przypadku wyłączenia jelita grubego z powodu zmian przymiotowych, spostrzegał C. nadzwyczaj silną wydzielinę z wyłączonej części, natomiast biegunki występowały stosunkowo rzadko.

43) Schloffer (Insbruk): **O przewlekłych zapalnych guzach powłok brzusznych po operacyach przepuklin.** Występujące czasem w pewien czas po operacyach przepuklin guzy w powłokach brzusznych nie są nowotworami, lecz przewlekłemi zmianami zapalnemi, tworzącemi się około podwiązek.

44) Brenner (Linz): **Operacya przepukliny pępkowej zapomocą zdwojenia płatów.** Ubytek zakrywa B. dwoma płatami (z pochewek mięśni prostych), położonymi jeden na drugim.

45) Ritter (Greifswald): **Doświadczalne badania nad uwięźnięciem przepuklin.** R. wywoływał u psów sztucznie uwięźnięcie jelita, przeciągając pętle przez wązki otwór w płycie kauczukowej i wywołując potem w przeciągniętej pętli przekrwienie.

46) Ruge (Berlin): **Przyczynki do anatomii chirurgicznej dróg żółciowych.** Przewód pęcherzykowy wpada bardzo

rzadko pod kątem ostrym do przewodu żółciowego wspólnego; zwykle biegnie tuż obok przewodu wątrobowego, nieraz nawet z nim jest zrośnięty lub otacza go grajcarkowato. Długość przewodu waha się od 2—11 cm. Przewód wątrobowy dzieli się nieraz na gałęzie tuż przy ujściu przewodu pęcherzykowego i z tego powodu w podobnych przypadkach sączkowanie przewodu wątrobowego odprowadza żółć tylko z jednego płatu wątroby. Z tych też powodów zaleca R. jedynie sączkowanie przewodu żółciowego wspólnego. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wybory do Izby lekarskiej w Krakowie. Według obwieszczenia Namiestnictwa we Lwowie z dnia 22. maja 1908 r. mają lekarze zamieszkali i praktykujący w Krakowie wybrać w dniu 30. czerwca b. r. czterech członków Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej i czterech zastępców. Prawo wybierania i wybieralności ma każdy lekarz, uprawniony do wykonywania praktyki lekarskiej, jeżeli nie zrzekł się wyraźnie tego prawa, nie zostaje w czynnej służbie wojskowej lub przy rządowych władzach politycznych i jeżeli przeciw niemu niema dochodzenia w Radzie honorowej Izby lekarskiej. Magistrat miasta Krakowa przesyła obecnie lekarzom, uprawnionym do wyboru, karty głosowania, które po wypełnieniu należy podpisać w odpowiednio oznaczonem miejscu, albowiem karty bez podpisu wyborcy będą uznane za nieważne. Zaklejoną kartę głosowania należy opatrzyć napisem: »Karta głosowania do Izby lekarskiej« i najpóźniej w dniu 30. czerwca b. r. oddać, lub przesłać do miejskiego Urzędu zdrowia w Krakowie. Można też przesłać pocztą; należy je w tym celu włożyć do koperty, opatrzonej odpowiednim adresem.

Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi, założone z inicyatywy Dra S. Sterlinga z początkiem r. b., wybrało do Zarządu (t. zw. »Sekretaryatu«) Dr W. Pinkusa, S. Skalskiego i J. Jokla. Na 3 zebraniach organizacyjnych Koła opracowano regulamin i powzięto szereg uchwał, między niemi 3 ważniejsze: Jedna z nich określa wysokość wynagrodzenia za pomoc lekarską dla robotników, druga postanawia utworzenie stałego biura ekspertyz lekarskich, trzecia zaś opiewa: »Lekarze fabryczni odmawiają Towarzystwom ubezpieczeń wydawania opinii ostatecznych o skutkach wypadków przy pracy«. Chodzi tu mianowicie o orzeczenia co do stopnia utraty zdolności do pracy zawodowej. Wydawaniem tych orzeczeń zajmować się będzie odtąd nowo utworzone biuro ekspertyz, złożone z 9 członków, wybranych przez Koło, a urzędujących grupami po 3 (każda grupa przez 4 miesiące). (Czas. lek. 5). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. do 20. VI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Hranki 1), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 3), Horodenka (Daleszowa 1)), Jaworów (Jazów stary 3), Lisko (Krzywe 1), Peczeniżyn (Akreszory 2, Berezów n. 2), Rawa (Manastyrek 1), Skałat (Iwanówka 3, Okno 1, Krasne 1), Sokal (Spasów 4), Stanisławów (Komarów 1), Zborów (Pleśniany 1), Złoczów (Remizowce 6), Żółkiew (Dobrosin 2).

W powiecie liskim i gródeckim do przeprowadzania dezynfekcyi używa się przyrządów pomysłu Dra Gąsiorowskiego »Therm« z bardzo dobrym skutkiem. Lekarze delegowani podnoszą zalety tego przyrządu, a mianowicie sprawność w użyciu przyrządu i możność stosowania go do odkażania kożuchów, futer i t. p. przedmiotów, których w dotychczas używanych przyrządach nie można było odkazić, gdyż ulegały zniszczeniu. *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 14. do 20. VI. 1908 urodziło się dzieci żywo 77, nieżywo 1; zmarło osób 58 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 1, płonicy 5 (3), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. do 20. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 5 † —), krztuśca 9, płonicy 15 † 5 (4 † 3), odry 27 (3), duru brzusznego 5 † 1 (2 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. do 20. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 4, ospy 1, płonicy 63 † 15 (5 † —), odry 14 † 2, duru brzusznego 5 † 1 (2 † —), gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 1. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Profesor Julian Kosiński, obchodzić będzie w d. 30. b. m. jubileusz półwiekowej działalności lekarskiej, który Towarzystwo lekarskie warszawskie uczci uroczystym obchodem.

Pięćdziesięcioletni jubileusz pracy, w naszym zawodzie tak rzadki, tym razem tem żywsze budzi uczucia u ogółu lekarzy polskich, że złote te gody obchodzi Nestor chirurgów polskich, wychowawca całego szeregu pokoleń lekarskich, jeden z ostatnich przedstawicieli świetnych tradycyi warszawskiej Szkoły głównej, który działalnością swą naukową, piśmienniczą, dydaktyczną i praktyczną znakomicie Ojczyźnie swej się zasłużył.

Nazwisko swe zapisał Czcigodny Jubilat niestartymi głoskami na kartach historyi medycyny polskiej i w pamięci wszystkich lekarzy naszych; toteż w dniu Jego jubileuszu ze wszystkich ziem naszych popłyną wyrazy hołdu i serdeczne życzenia, by w takiem zdrowiu i z taką świeżością umysłu, jakie do dziś w siedemdziesiątym piątym roku swego życia zachował, jeszcze jaknajdłużej pracować mógł ku pożytkowi kraju i społeczeństwa.

Na XV. Zjazd chirurgów polskich, odbyć się mający dnia 10. i 11. lipca r. b. w **Krakowie,** zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

16) Bronisław Szerszyński (Warszawa): O wpływie cholecystenterostomii na ustrój. (Praca doświadczalna wykonana wspólnie z St. Hubickim).

17) Antoni Leśniowski (Warszawa): W sprawie gruczołów przytarczycowych (*glandulae parathyreoideae*).

18) Prof. Aleksander Rosner (Kraków): Chorionepithelioma malignum (z dem. prep.).

19) Tenże: O skombinowanem znieczuleniu skopolaminą i tropakokainą.

20) Friediker (Kraków): O równoczesnem pojawieniu się raka w żołądku i jajnikach.

21) Morawski (Kraków): Tuberculosis salpingum (z dem. preparatów).

22) Owsiński (Kraków): Włókniak cewki moczowej (z dem. preparatów).

23) Przybylski (Kraków): Temat zastrzeżony.

24) Prof. Roman Barącz (Lwów): W sprawie leczenia promienicy.

25) Tenże: Przyczynek do chirurgicznego leczenia rwy kulszowej.

26) Tenże: Żebra szyjne, a choroba Raynauda.

27) Tenże: O odjęciu kończyny przy ropowicy (*phlegmone*).

28) Chlumsky (Kraków): O leczeniu gruźlicy kości i stawów.

Kursa dla lekarzy odbędą się w roku bieżącym w miesiącu grudniu na Wydziale lekarskim we Lwowie.

Kraków. Wybory do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej na najbliższą kadencyę odbędą się 30. b. m. Ubolewać należy, że termin ogłoszono w dziennikach zaledwo na tydzień przed wyborami, t. j. 23. czerwca, chociaż Namiestnictwo wydało obwieszczenie o wyborach już przed miesiącem, 22. maja.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Rudolf Lach, rodem z Ryglic w Galicyi.

— Zastępstwa za lekarzy objąć można na 2—3 miesięcy na Śląsku austryackim w Karwinie i w Jabłonkowie. Wiadomości o zastępstwie w Karwinie (przy kasie brackiej: dziennie 15 koron, ewentualne dochody z praktyki prywatnej, mieszkanie, wikt, powóz na wyjazdy do chorych) udzieli Dr Jan Buzek (Dombrowa, Śląsk austr.), — o zastępstwie w Jabłonkowie Dr Sikora (Jabłonków).

— W łaźni ludowej w Krakowie, założonej przez Miejską Kasę oszczędności, wydano od założenia, t. j. przez 13 miesięcy i 24 dni 50,276 kąpieli. Na założenie instytucyi ochrony dzieci w Krakowie przeznaczyła Kasa świeżo 100,000 K.

Lwów. Prof. Dr Antoni Mars wybrany został rektorem uniwersytetu na r. 1908/9.

— Na dorocznem Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa

higienicznego w d. 22. VI. b. r. wybrani zostali do wydziału: Dr Józef Merunowicz, Szczepan Mikołajski, Ogórek-Pankowa, E. Piasecki, K. Zgórski i A. Kuhn.

Warszawa. Na organizacyjnem zebraniu Towarzystwa przeciwgruźliczego, odbytem w d. 15. VI. 1908 pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego, wybrano 12 członków Rady i 4 zastępców; wśród nich wybrani zostali z lekarzy: Dr A. Sokołowski, Dunin, Hewelke, J. Jaworski, B. Dębiński, Geisler, Chodecki. Na pierwszem zaś posiedzeniu Rady w d. 20. VI. wybrano prezesem Dr Alfreda Sokołowskiego. Na temże posiedzeniu wybrano kilka komisyi (finansową, redakcyjną i t. p.), zajmowano się sprawą rozpowszechnienia broszury Dr Łagowskiego, sprawą odkażania mieszkań w letniskach i nadzoru nad mlekiem.

— Sosnowicki oddział Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego przystąpił do zebrania statystyki gruźlicy wśród robotników w Zagłębiu Dąbrowskiem zapomocą kwestyonaryusza, ułożonego przez Dr M. Wołkowicza.

Z różnych stron. Pruskie ministerstwo oświaty sprzeciwiło się ze względów zasadniczych habilitacyom kobiet, zgodziło się zaś na dopuszczenie kobiet do immatrykulacyi.

— Przyrządów dezynfekcyjnych jest obecnie w Prusiech 3,725 (1,066 parowych, 2,659 formalinowych), egzaminowanych dezynfektorów 2,703.

— Olbrzymi dar ofiarował lord Mount Stephen szpitalowi im. króla Edwarda w Londynie, składając trzykrotnie po 5 milionów koron.

— W Czerniowcach zaszedł tragiczny przypadek pracownianego zakażenia nosacizną. Prof. Luksch, któremu pękła probówka z hodowlą, wyszedł wprawdzie jak dotąd cało, ale asystent Arnost, oraz urzędnik i służący zakładu zmarli.

Mianowani: asystentami-eksternami szpitali warszawskich lekarze: W. Goździcki, Olbracht, Szpikowski, Garszyński, Ettinger, Kaczyński, Konarzewska, Reklewski, Kulesza, Mamrot; lekarką miejscową szpitala Jana Bożego S. Suszczyńska; lekarzami ambulatoryów szpitalnych w Warszawie: Eljaszberg, Salberg, Herc, Holub, von Herc.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w czerwcu 1908: *Gazeta lekarska Nr 21—24:* A. A. Heiman: Z kazuistyki porażeń urazowych ucha. Cykowski: (dok.). Barszczewski: Podstawy i zasady radyodyagnostyki klinicznej chorób wewnętrznych. J. Jaworski: Zdrojowiska i uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. Filipkiewicz: Etyologia i wyniki leczenia rwy kulszowej na podstawie 1023 spostrzeganych przypadków. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 22—25:* Endelmann (dok.). Klęsk: Tężec (sprawozdanie poglądowe). Nowak St.: W sprawie zasady postępowania lekarskiego przy poprzecznych zaniedbanych położeniach płodu. Rzętkowski: W sprawie leczenia otyłości. Korybut-Daszkiewicz: Przypadek włośnicy u 15-letniego chłopca. Biehler Matylda: Przyczynek do badań nad mlekiem kobiecem, jako źródłem gruźlicy. Hertz: Dwa przypadki krwotocznego zapalenia nerek w przebiegu niedostateczności zastawek aorty. — *Tygodnik lekarski Nr 22—25:* Ehrlich: Przyczynek do hebosteotomii. Smużyński (c. d.). Reis: Uodpornienie Römera w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki. Blumenfeld: O próbach serodyagnostycznych w kile. Herman: Podwójny krwiak zewnątrzoponowy po urazie. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warsz., zesz. II:* Rotstadt: Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. Gedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 6:* Sołomowicz: O ośrodkach ślinianki podszczękowej. Klecki i Wrzosek: W sprawie przechodzenia mikrobów, we krwi krążących, do moczu. Bolewski: Dwa przypadki ropnia lewego płatu skroniowego, pochodzenia usznego. Herman: Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięźniętych. Szuman: Torbiel jajnika z osobliwą zawartością. — *Czasopismo lekarskie Nr 5:* Helman: Obecny stan wiedzy o guzach nosogardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki omawianych guzów. Maybaum: O przyjętem obecnie leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego Brudziński: II. Sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi za rok 1907. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z zakładu w Nałęczowie za rok 1907. — *Postęp okulistyczny Nr 4—5:* Rumszewicz: O wolem oku. Rosenhauch: Przyczynek do etyologii owrzodzeń rogówkowych. — *Kronika dentystyczna Nr 6:* Leyzerowicz: O uśpieniu chloroformowem w gabinecie dentysty. Klejn: O doraźnem plombowaniu zębów, dotkniętych zapaleniem miazgi. Friedländer: O nadtlenku wodoru i zastosowaniu jego w stomatologii. — *Przegląd higieniczny Nr 6:* Dalszy ciąg artykułów Karwowskiego, Maślanki i Bruchnalskiego. — *Zdrowie Nr 6:* J. Jaworski: 1) Popierajmy polskie zdrojowiska i uzdrowiska. 2) Zdrojowiska i uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. 3) Sprawa reklamowania zdrojowisk i uzdrowisk. Sokołowski: Nad morze. Polak: Podstawy higieniczne do opracowania projektu szpitala dla chorób zakaźnych. — *Głos lekarzy Nr 11—12:* Weinsberg: W sprawie organizacyi lekarzy. Klęsk. Prostytucya w Japonii. — Próby zbliżenia wzajemnego lekarzy narodowości słowiańskich. — Projekt rządowy ustawy o wykonywaniu sztuki wprawiania zębów i t. d. — Wybory do Izby wschodnio-galicyjskiej. — Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy. — Sprawozdanie Towarzystwa higienicznego za r. 1907. — Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. — Klęsk: W sprawie t. zw. soku mięsnego »Puro«. — Mikołajski: Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.
Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“.

Rabka.
Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.
Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.
Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).
Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“.
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.
Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.
Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.
Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.
Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.